

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE
CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROBERTA HOFIUS

**A VIOLÊNCIA TRAUMATIZA? CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE
PARA CRIANÇAS E PARA ADOLESCENTES VIOLENTADOS**

CURITIBA

2013

ROBERTA HOFIUS

**A VIOLÊNCIA TRAUMATIZA? CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE
PARA CRIANÇAS E PARA ADOLESCENTES VIOLENTADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de Pesquisa em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virgínia Filomena Cremasco.

CURITIBA

2013

Catálogo na publicação
Vivian Castro Ockner – CRB 9ª/1697
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Hofius, Roberta

A violência traumatiza? Contribuições da psicanálise para crianças e para adolescentes violentados.

– Curitiba, 2013.

141 f.

Orientadora: Profª Drª Maria Virgínia Filomena Cremasco

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas,
Letras e Artes,

Universidade Federal do Paraná

1. Psicologia – psicanálise infantil – violência.

2. Psicologia da criança – psicanálise – abuso sexual. 3.

Violência intrafamiliar – violência sexual – menores. I. Título.

CDD 150.195



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA



ROBERTA HOFIUS

"A VIOLÊNCIA TRAUMATIZA? CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA CRIANÇAS E PARA ADOLESCENTES VIOLENTADOS"

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR — Universidade Federal do Paraná, e APROVADA (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.

Prof.ª Dr.ª Maria Virgínia Filomena Cremasco
Universidade Federal do Paraná
Professora Orientadora

Prof. Dr. Sérgio Scotti
Universidade Federal de Santa Catarina
Professor Titular

Prof. Dr. Jorge Sesarino
Faculdade Dom Bosco
Professor Titular

Curitiba, 15 de abril 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

Às quatorze horas do dia quinze de abril do ano de dois mil e treze, na sala 208 do prédio Histórico desta Universidade, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, a mestranda **ROBERTA HOFIUS**, tendo como Título da Dissertação **"A VIOLÊNCIA TRAUMATIZA? CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA CRIANÇAS E PARA ADOLESCENTES VIOLENTADOS"**. Constituíram a Banca Examinadora a Professora Doutora Maria Virgínia Filomena Cremasco, orientadora, Professor Doutor Sérgio Scotti e Professor Doutor Jorge Sesarino, titulares. Após a exposição da mestranda, os membros da Banca Avaliadora fizeram suas considerações e declararam a aluna:

☐ Aprovada sem restrições.

☒ Aprovada, mas na condição de tomar as seguintes providências:

incorporar ao trabalho as observações feitas pela Banca

☐ Reprovada

Eu Maria Virgínia Filomena Cremasco, orientadora, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

Prof.ª Dr.ª Maria Virgínia Filomena Cremasco
Universidade Federal do Paraná
Professora Orientador

Prof. Dr. Sérgio Scotti
Universidade Federal de Santa Catarina
Professor Titular

Prof. Dr. Jorge Sesarino
Faculdade Dom Bosco
Professor Titular

A todas as crianças e adolescentes que em algum momento cruzaram minha
trajetória na FAS e me inspiraram a realizar este trabalho e a desejar um
mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Após tantos momentos de escrita e reflexão, algumas palavras me faltam, é como se nada do que foi escrito a partir de agora seja capaz de transmitir a minha sincera gratidão a todos que fizeram parte desta jornada.

À Deus, por me dar inspiração e me fazer acreditar em um mundo melhor;

À minha professora Maria Virgínia, que orientou este trabalho e também a minha vida. Ela me inspirou, acreditou em mim e possibilitou que tudo isso se concretizasse. A ela, serei eternamente grata;

Aos professores Dr. Sérgio Scotti e Dr. Jorge Sesarino que aceitaram o convite para compor a banca de defesa dessa dissertação;

Aos meus pais, Frederico e Elidete, sem eles eu não seria quem eu sou, eu não teria essa paixão pelos estudos e não teria fé no ser humano e principalmente, em Deus;

À minha irmã, Renata, que além de irmã, é minha melhor amiga. Sem você, a minha vida não seria tão colorida e não teria sentido. A sua inteligência e dedicação me inspiram sempre.

Ao meu noivo Luiz Guilherme, sempre tão presente, tão paciente e amoroso. Obrigada por me abrir os olhos para o que realmente importa na vida;

Aos meus amigos e colegas de mestrado: Vilsiane, João Paulo, Fátima, César, Juliana e especialmente, Jean e Suzana, sem vocês essa trajetória não seria possível, obrigada pelos momentos de reflexão, pelos ensinamentos e também pela descontração. Todos vocês são excelentes profissionais e merecem todo o respeito e reconhecimento do mundo, além de serem ótimos amigos, pessoas que desejo ter para sempre ao meu lado;

Às Conselheiras Tutelares Maria Rosa, Regina, Tânia, Maurina e especialmente, Marília. Vocês foram as principais responsáveis pela realização deste trabalho, obrigada por terem feito às indicações e confiarem no meu trabalho;

Aos meus colegas de trabalho, especialmente Lúcia, Suzana e Arilda, vocês acompanharam o difícil processo de escrever uma dissertação de mestrado e trabalhar na FAS. Obrigada pela paciência;

À minha chefe e amiga, Rosane Nunes, que disse sim ao meu pedido para me ausentar parcialmente do trabalho e ainda me deu total apoio;

À minha querida amiga Priscilla Poitevin, que mesmo tão longe, está tão perto;

À minha querida amiga Gabrielle Ana Selig, que nos momentos em que eu quis desistir, me estimulou para continuar;

Aos funcionários do CPA Lorena, Salvador e Leo, que sempre foram disponíveis e atenciosos;

À Mariangela, secretária do programa de mestrado da UFPR, que sempre teve paciência e prontamente resolveu todas as minhas dificuldades;

Ao Comitê de ética em Pesquisa da UFPR.

A violência traumatiza? Contribuições da psicanálise para crianças e para adolescentes violentados

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi compreender, por meio da análise de atendimentos clínicos prestados a crianças e adolescentes violentados, o que incide sobre a violência que a conduz para um trauma psíquico. Em uma sociedade em que a violência ocupa o segundo lugar no *ranking* das causalidades para a morte, refletir sobre as suas possíveis consequências no psiquismo do indivíduo é de importante valor. Adotou-se um método qualitativo, conceituado como construção do caso clínico, o qual se embasou nos atendimentos clínicos prestados, pela autora desta pesquisa, a duas pacientes. Destas, uma delas, de pseudônimo Sofia, as violências que sofreu se transformaram em um trauma psíquico, ao passo que na outra paciente, identificada como Olívia, as situações de violência foram simbolizadas, ou seja, *ab-reagidas* e o trauma psíquico não se constituiu. Com isso, concluiu-se que a violência sempre exigirá uma resposta do sujeito porque introduz uma excitação que causa um desequilíbrio interno, essa excitação deve ser descarregada para que o aparelho psíquico retorne à homeostase. O escoamento pode se realizar de diferentes maneiras, algumas que proporcionam certo equilíbrio e outras, que se constituem em formações traumáticas. A violência pode ser simbolizada e ser *ab-reagida*. Também pode representar uma ameaça excessiva, ser recalçada e produzir formações inconscientes, típicas da neurose. A violência pode também não ser simbolizada e nem representada psiquicamente deixando uma marca mnêmica que fica a mercê da pulsão de morte e constitui um trauma.

Palavras-chave: Trauma psíquico; Psicanálise, Violência, Infanto-juvenil, Clínica psicanalítica.

The violence traumatizes? Contributions of psychoanalysis for children and adolescents who have experienced violence

ABSTRACT

The aim of this thesis was to understand, through the analysis of clinical care provided to children and adolescents who were abused, what makes the violence become a psychic trauma. In a society which violence occupies the second place in the ranking of causalities to death, the reflect on the possible psychic consequences of the individual has an important value. We adopted a qualitative method, conceptualized as construction of the case, which was grounded in the clinical care of two patients. Of those, one of them, pseudonym of Sophie, who had suffered the violence, which has become a psychic trauma. While the other patient, identified as Olivia, the violent situations were symbolized, ab-reacted and psychic trauma has not happened. Thus, it was concluded that violence will always require a response from the subject because it introduces an excitement that causes an internal imbalance. This excitement should be discharged to the psychic apparatus in order to return to homeostasis. The response can occur in different ways, some of those provide some balance and others allow the trauma. Violence can be symbolized and be ab-reacted, It also can pose as an unreasonable threat, and provides unconscious formations, typical of neurosis. The violence also cannot be symbolized and represented psychically or mnemic leaving a mark which is at the favor of the death instinct, which is a trauma.

Keywords: Psychic Trauma, Psychoanalysis, Violence, Children and Youth, Clinical psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO	13
2. VIOLÊNCIA	18
2.1 – Agressão e violência em Freud.	19
2.2 – Leituras psicanalíticas da violência na contemporaneidade.	32
2.3 – Crianças e adolescentes violentados.	35
3. O TRAUMA PSÍQUICO	49
3.1 – Sigmund Freud e o trauma psíquico.	50
3.1.1 – Atualização sobre o trauma para as neuroses.	56
3.2 – Sándor Ferenczi e o trauma psíquico.	63
4. CASOS CLÍNICOS	73
4.1 – Breve relato da história de Olívia.	73
4.2 – Construção do caso clínico Olívia.	76
4.3 – Breve relato da história de Sofia.	80
4.4 – Construção do caso clínico Sofia.	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	97

INTRODUÇÃO

No mundo, estima-se que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida em decorrência da violência. No Brasil as mortes por violência, juntamente com as provocadas por acidentes, ocupam o segundo lugar no *ranking* das causas da mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Essa estimativa alarmante tem produzido inúmeros estudos, principalmente no que tange à sua possível origem e repercussão psíquica e social. Estudiosos das mais diversas áreas estão buscando compreender o fenômeno ‘violência’, com o consenso de que as informações adquiridas sejam somadas entre si, partindo do pressuposto de que a violência não é uma, ela é múltipla e conceituá-la de maneira fixa e atemporal seria reduzi-la e simplificá-la.

A violência¹ deve ser entendida a partir do contexto individual, histórico e social em que está inserida, por exemplo, o que é tido como ato violento no Brasil, pode ser uma prática convencional em algum país africano ou europeu (e vice-versa). Assim, a violência deve ser compreendida a partir de quem foi violentado e a partir das normas legislativas e sociais do local em que foi praticada. Podemos inferir que muitos sujeitos brasileiros ou que convivem na cultura brasileira traduzem corrupção, roubo, assassinato ou estupro como formas de violência, ao passo que, para outros que praticam tais manifestações a ponto de serem corriqueiras em suas vidas, não as traduzem como violentas.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2002) violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação de direitos.

A partir da minha atuação como psicóloga da Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC, na Fundação de Ação Social - FAS, desde o ano de 2008, promovendo atendimentos psicossociais a indivíduos em situação de violência, percebi que para cada um dos sujeitos vistos como violentados, há repercussões completamente diferentes. Por este motivo, comecei a refletir sobre o que é interpretado como violento para cada indivíduo e de que maneira cada indivíduo reage diante de algo que lhe traz sofrimento. Foram esses questionamentos que deram início a essa pesquisa e incentivaram a elaboração do seu objetivo, ou seja: compreender, por meio da análise dos atendimentos clínicos, o que incide sobre a violência que a conduz para um trauma psíquico.

Como já dito, são muitas as formas de violência e de maneira alguma podemos generalizá-la, atribuindo o mesmo valor e sentido a todos os indivíduos, mesmo assim, emprestando conceitos das ciências sociais e jurídicas, há alguns componentes semelhantes na

¹ O conceito de violência será melhor explicado no capítulo específico sobre o tema.

violência que facilitam a sua identificação, principalmente para os sujeitos mais vulneráveis, como crianças e idosos. Definem-se quatro tipos de violência: física, psicológica, sexual e abandono/negligência, todas são autoexplicativas e dizem respeito ao emprego da ação de violentar diante do outro indivíduo.

As ciências jurídicas e sociais elaboraram materiais, por exemplo, “Cuidar sem violência todo mundo pode!” (INSTITUTO PROMUNDO, 2003) e “Manual de Avaliação de programas de Prevenção à violência” (PEIXOTO e PEIXOTO, 2010) que exploram o universal da violência e descrevem, de maneira genérica, o que os profissionais e a sociedade devem fazer mediante a identificação de uma situação de violência. Tais materiais têm considerável relevância social, pois divulgam socialmente situações que muitas vezes estão “escondidas debaixo do tapete”, todavia não analisam as singularidades e muitas vezes tendenciam a um discurso (e prática) de vitimização, colocando um sujeito (no caso, a criança ou o adolescente) num lugar de total passividade, em oposição ao outro sujeito (que cometeu a violência) na posição de criminoso e totalmente culpado.

A psicanálise é a perspectiva que elegemos para focar a singularidade do sujeito. Com isso, não estamos desqualificando os demais trabalhos já realizados, mas ao contrário, estamos propondo outra possibilidade de olhar para o problema em questão.

Para melhor investigar o problema da violência, partindo dos pressupostos teóricos da psicanálise freudiana e ferencziana, oferecemos atendimentos psicanalíticos clínicos para sujeitos que sofreram violência. Partindo dos ensinamentos de Freud, principalmente da sua prática com ex-militantes de guerra, e das propostas teóricas de Ferenczi, com os casos tidos como ‘difíceis’, pressupomos que a violência por si só seria potencialmente traumática e que o ser humano ao sofrer uma violência no momento da infância ou da adolescência (momentos com condições específicas do psiquismo) poderia sucumbir ao trauma psíquico.

Introdutoriamente, podemos conceituar o trauma psíquico conforme a teoria de temporalidade representacional freudiana, ou seja, exige-se dois tempos para que o trauma se constitua. No primeiro tempo, experiências internas ou externas invadem o psiquismo do sujeito como um ‘impacto’ de modo a desestabilizá-lo e o psiquismo sofre. Em seguida, estabelece-se o período de latência, no qual nenhuma situação ‘surpresa’ atingiu o sujeito de maneira tão exacerbada que o fizesse rememorar a angústia desencadeada a partir da primeira situação traumatizante. Por fim, acontece algo que faz com que o primeiro evento seja ressignificado e o sujeito novamente se desestabilize, produzindo manifestações sintomáticas (ANDRÉ, 2008). Usualmente este segundo período acontece na irrupção da puberdade ou algum tempo depois (FREUD, 1939/1996).

Em relação a este período introduzido pela puberdade, Dantas (2002) também o anuncia como potencialmente traumático, pois, explicando brevemente, durante a adolescência o sujeito ao se deparar com a sua sexualidade e sofrendo as exigências da sociedade, ressignificaria o Complexo de Édipo, podendo dar novo significado às experiências da infância ou serem desencadeados sintomas patológicos e o trauma se configurar.

Nesta dissertação foi realizada uma aproximação dos conceitos ‘trauma psíquico’ e ‘violência’, especificamente nos períodos da infância e da adolescência. Vale dizer desde já, que o entendimento sobre infância e adolescência não se refere a uma questão etária ou de desenvolvimento, mas sim a processos específicos do psiquismo humano passíveis de características próprias em qualquer momento da vida do sujeito, como veremos ao longo deste trabalho.

Elaboramos a seguinte pergunta de pesquisa: quando a violência é um trauma psíquico? Ressaltamos que ao pretender responder essa pergunta não pretendemos criar uma explicação generalista aplicada a qualquer indivíduo e contrária ao proposto pela psicanálise, mas sim, refletir a partir da singularidade do sujeito e entender como tal processo se configura, metapsicologicamente falando e até, pensar em formas de superar tal condição.

Propõe-se, assim, ao sujeito, nos atendimentos, falar sobre a sua história, expressar suas fantasias inconscientes e reviver seus conteúdos inconscientes, por meio da relação transferencial, meio de acesso ao trauma, que abre possibilidades ao sujeito para enfrentá-lo (CREMASCO, 2008).

Vale dizer que os indivíduos que foram encaminhados para atendimento psicológico haviam vivido uma ou mais situações, socialmente, interpretadas como violentas, e estavam sendo vistos, aos olhos dos Conselheiros Tutelares e das próprias famílias em que estavam inseridos, como “pessoas difíceis, rebeldes e que não se adaptam às exigências da sociedade”. O que sabíamos sobre eles, de antemão, é que estavam em sofrimento, mas o que originou esse sofrimento e quais eram as suas repercussões são assuntos que serão apresentados no capítulo que contempla os casos clínicos.

Após essas breves e ainda superficiais considerações acerca dos temas ‘violência’ e ‘trauma psíquico’, acreditamos justificar a proposta de abordá-los à luz das teorias psicanalíticas nesta dissertação. Pensando que o problema de pesquisa surgiu da experiência junto a uma rede de proteção à criança e ao adolescente, cujos muitos profissionais ainda se consideram despreparados para entender e enfrentar o sofrimento advindo da violência e julgam ainda haver necessidade de mais estudos, como o realizado aqui.

Essa pesquisa também poderá, no futuro, trazer contribuições para a sociedade como um todo, pois ao promovermos elaborações críticas a respeito de sujeitos traumatizados, oferecemos ferramentas clínicas e de reflexão para os profissionais da área e colaboramos para que os sujeitos traumatizados possam encontrar expressões para seus sofrimentos para além dos sintomas patológicos que colaboram com o adoecimento da sociedade.

Para se atender ao objetivo da pesquisa esta dissertação assim se desenvolveu: o capítulo 1 se refere à elaboração do método desta pesquisa; o capítulo 2 traz a concepção teórica sobre violência a partir de Freud e demais autores, bem como apresenta conceitos sobre a infância, a adolescência e sua relação com a violência; o capítulo 3 trata a teoria do trauma de acordo com Freud, Ferenczi e autores contemporâneos, o capítulo 4 expõe dois casos clínicos e, por fim, são apresentadas as considerações finais.

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

O saber psicanalítico se refere àquele obtido pela via da análise, por meio da transferência, da escuta do inconsciente, mensageiro de uma realidade psíquica incomum. Na Psicanálise, não há dissociação entre pesquisa e relação analítica, de acordo com Freud (1912/1976, p. 152) “uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem...”. Dessa forma, esta pesquisa buscou responder, por intermédio da análise de atendimentos clínicos, quando a violência é um trauma psíquico. Neste capítulo sobre o método da pesquisa serão descritos os passos e os procedimentos adotados que resultaram na elaboração desta dissertação de mestrado, fundamentalmente clínica.

O ponto de partida para a realização desta pesquisa foram os atendimentos psicossociais prestados, enquanto psicóloga da Prefeitura Municipal de Curitiba / Fundação de Ação Social, a indivíduos em situação de violência, os quais nos incentivaram na busca por recursos teóricos que fornecessem subsídios para a compreensão das repercussões psíquicas postas em movimento a partir das situações de violência vivenciadas. Devido a esses atendimentos se restringirem majoritariamente a atendimentos emergenciais, acontecerem em conjuntos com outros profissionais e/ou familiares e serem realizados fora de *setting* analítico, verificou-se que não responderiam à pergunta de pesquisa e se definiu como método dessa pesquisa a construção de casos clínicos.

Por se tratar de uma pesquisa vinculada a uma instituição de ensino, o local escolhido para a realização dos atendimentos psicológicos clínicos foi o Centro de Psicologia Aplicada / CPA da Universidade Federal do Paraná / UFPR.

Os sujeitos desta pesquisa foram crianças e adolescentes que sofreram uma ou mais situações de violência por algum membro familiar. Para acessar tal público alvo foi estabelecido uma parceria com o Conselho Tutelar de Curitiba (CT). Este é um órgão permanente e autônomo, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, conforme preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990/2008). No município de Curitiba, o CT é subdividido em nove equipamentos, conforme uma divisão por proximidade de bairros. Devido à proximidade do CPA ao Conselho Tutelar da regional Matriz, foi estabelecida parceria exclusivamente com esta sede. A regional Matriz atende dezoito bairros do município de Curitiba e têm cinco Conselheiros atuantes.

Foi feita uma explanação da pesquisa na sede do Conselho Tutelar Matriz, na qual dissemos que seriam realizados atendimentos clínicos individuais, semanais, dentro da UFPR, sem nenhum custo, por período de tempo de aproximadamente um ano. Foram informados os critérios da pesquisa: que seriam atendidos entre dois e dez infantes, de ambos os sexos, com idade entre sete e dezoito anos, que tivessem recebido acompanhamento do Conselho Tutelar devido a alguma situação de violência. Esclarecido que os infantes deveriam assinar o Termo de Assentimento Informado² e os pais e/ou responsáveis deveriam assinar o Termo de Assentimento Informado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Indicou-se aos Conselheiros que verificassem quais crianças e adolescentes estavam dentro dos critérios da pesquisa (mencionados acima) e encaminhassem os seus dados (nome, endereço, telefone para contato, identificação dos responsáveis e um breve relato da situação que originou o atendimento no CT) por escrito, para que fosse agendado o primeiro encontro. Os Conselheiros também informavam às famílias que os seus dados estavam sendo transmitidos para a pesquisadora e apenas com a anuência deles é que tais informações seriam repassadas.

Ainda nesta ocasião foi explicado que os genitores e/ou responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes poderiam participar das sessões de seus familiares em situações esporádicas e mediante a concessão do infante em questão e que, caso se configurasse que tais indivíduos adultos também apreciassem participar de atendimentos psicológicos clínicos eles seriam encaminhados para outros alunos da UFPR ou para outras clínicas escolas.

Após o término dos atendimentos ou após o abandono dos atendimentos por parte de algum dos participantes, os Conselheiros receberiam uma devolutiva acerca do sujeito em questão e do seu tratamento analítico.

Face ao apresentado, a sede Matriz do Conselho Tutelar se pronunciou interessada na realização da pesquisa e concedeu uma carta timbrada declarando sua decisão unânime. Foi-lhes explicado que os encaminhamentos deveriam aguardar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e que seriam informados quando fosse autorizado o início dos atendimentos clínicos.

Concomitantemente ao contato com o Conselho Tutelar e a entrega do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, foi elaborada aprofundada revisão bibliográfica sobre o tema da pesquisa, dos quais foram feitos fichamentos bibliográficos.

² O Termo de Assentimento Informado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estão disponíveis nos anexos desta dissertação.

Em 21 de setembro de 2011, este projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética³ e o Conselho Tutelar pôde iniciar os encaminhamentos para atendimento psicológico.

Depois de recebidas as informações do Conselho Tutelar foram feitos os contatos telefônicos. Nestes, foi pedido aos pais e/ou responsáveis que comparecessem ao primeiro atendimento de seus familiares para que a pesquisa fosse explicada (concedidas as mesmas informações mencionadas acima, somada a oferta de que caso desejassem atendimento extra para os seus filhos e/ou familiares poderiam telefonar para o CPA e requisitá-lo) e para que autorizassem a participação na pesquisa e assinassem os Termos de Assentimento e de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao total foram encaminhados sete indivíduos para atendimento. Destes, três não compareceram a nenhuma sessão, um frequentou três atendimentos, um estava fora dos critérios para atendimento e optou por ser atendido por uma Organização Não-Governamental / ONG conveniada ao Conselho Tutelar – regional Matriz e dois foram atendidos pelo prazo de aproximadamente oito meses, os quais serão mencionados no capítulo sobre casos clínicos.

Em seguida à realização dos atendimentos foram feitos relatos escritos, não simplesmente a descrição da experiência que ocorreu entre o analista e o paciente, numa tentativa de reproduzir aquilo que aconteceu, mas sim, uma construção da experiência. Foram feitos recortes dos aspectos mais importantes da relação entre o pesquisador (analista) e o sujeito da pesquisa (sujeito do inconsciente). Sendo que, todos os casos foram discutidos em supervisão clínica com a professora orientadora desta pesquisa.

Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de caso clínico, no qual “o pesquisador psicanalítico dá seu testemunho por escrito, o qual se destina ao terreno da metapsicologia, onde poderá servir de referência a outras pesquisas e à gestão de novos problemas e hipóteses de pesquisa” (MOURA; NIKOS, 2001, p. 76).

Neste método, inicia-se pelo relato do caso clínico, que irá compor a história do sujeito, em seguida, a partir da supervisão, o caso pode ser construído, como se refere Figueiredo (2004, p.79-80):

O relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas e conteúdos é a história. O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato [...]. Estabelece-se aí um binômio que retoma, então, a ideia de uma formalização necessária do relato que não se reduz a uma teorização formal nem a uma elaboração de

³ A Carta de Aprovação do Comitê de Ética está nos anexos desta pesquisa.

saber sobre os problemas do paciente. Pelo contrário, trata-se sim de colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise, e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenha para cernir certos significantes numa composição mais esquemática, visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso.

Nesta pesquisa, em princípio foram apresentadas as histórias de dois casos clínicos e depois fizemos a construção do caso, dessa maneira elaborando teoricamente o caminho do *pathos* de cada paciente.

A teoria, que na pesquisa psicanalítica é a metapsicológica, é um texto criado após a clínica no momento em que o pesquisador decide transformar a sua experiência psicanalítica em escrita, incluindo além da descrição, a teorização.

[...] A pesquisa psicanalítica depende do contato prévio com a fala dos pacientes [...]. Dessa forma, o caminho que deve seguir o analista pesquisador é marcado pelos ditos, mas serão os não ditos nas entrelinhas dos ditos de seus analisandos que fundarão a pesquisa psicanalítica. Estes não ditos se constituirão como meta(além)psicologia, isto é, teoria (GUIMARÃES; BENTO, 2008, p. 92).

A revelação de algo não dito, de algo que transborda da análise, ou seja, de algo latente, diz respeito à interpretação, tanto no que tange a um procedimento na leitura e análise dos casos, quanto na técnica assumida no processo analítico. Para fins desta pesquisa, ambas as maneiras foram apresentadas, mas de forma combinada, já que se trata da discussão de casos clínicos.

Sigmund Freud, ao longo de suas elaborações teóricas, inaugura o exercício da interpretação e introduz a dimensão dos sentidos inconscientes. A interpretação psicanalítica é um procedimento técnico que permite vislumbrar o inconsciente do paciente. Quando executada de forma clara o paciente se vê surpreendido por algo novo, revelador de sua subjetividade (NUNES; FERREIRA; PERES, 2009, p. 444-445).

Freud não acreditava que fosse possível analisar uma criança, mas a partir de sua experiência com o caso Pequeno Hans⁴ (1909) mudou de ideia. No que tange aos

⁴ O texto é uma publicação de Freud, datada em 1909, na qual discorre sobre um caso de fobia em um menino de cinco anos analisado por seu pai, sob sua supervisão. No capítulo sobre violência, na seção 'crianças e adolescentes violentados' esta obra será melhor apresentada.

adolescentes, podemos dizer que a prática de Freud iniciou em 1920 (1920b/1996), após a publicação da obra “A psicogênese de um caso de homossexualidade feminina”⁵.

Não adentraremos agora em assuntos das especificidades de atendimentos clínicos prestados a sujeitos na fase da infância e da adolescência, pois tal assunto será abordado em uma seção subsequente. De antemão é importante dizer apenas, que entendemos que a psicanálise diz respeito à dimensão inconsciente do sujeito, independentemente se está na infância, na adolescência ou na fase adulta e foi seguindo este pensamento que foram realizados os atendimentos clínicos desta pesquisa.

Outro ponto de destaque nesta dissertação é que a demanda inicial para atendimento não partiu dos próprios indivíduos ou de seus familiares, mas sim dos Conselheiros Tutelares. Esse fator demandou cuidados especiais com o manejo clínico, exigindo que parte do trabalho terapêutico inicial fosse o de apropriação da demanda própria do sujeito.

Para apropriação da demanda clínica do próprio sujeito há necessidade do estabelecimento da transferência, a qual é conceituada como um processo no qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos e em uma determinada maneira de relação. A transferência se caracteriza tanto como um impedimento ao processo analítico, na medida em que suscita a resistência, quanto como instrumento de trabalho a ser analisado, pois os desejos inconscientes surgem a partir da relação transferencial do sujeito para com o seu analista (OLIVEIRA, 2008). Nessa pesquisa, para interpretarmos os atendimentos clínicos e traçarmos as construções de caso, um dos principais fatores observados foi a transferência estabelecida entre paciente e analista.

O capítulo a seguir apresentará concepções teóricas sobre o tema violência, as quais nos aproximarão da nossa pergunta de pesquisa: quando a violência é um trauma psíquico?

⁵ Trata-se do caso de uma jovem de 18 anos, a quem Freud fez poucos atendimentos e a encaminhou para outra analista. Este caso também será melhor apresentado no capítulo sobre violência, na seção sobre crianças e adolescentes.

2 VIOLÊNCIA

A violência tão presente à nossa volta traz medo, horror, impotência e nos sensibiliza para refletir sobre sua possível origem e repercussão psíquica e social. Seria muito mais confortável se pudéssemos estudar a violência a partir exclusivamente das belas artes ou de produções cinematográficas, como por exemplo, a tela “Guerra e Paz” (1952-1956) de Cândido Portinari e o filme *Precious: Based on the novel push by Sapphire* (2009)⁶. Em ambos, a violência é apresentada em sua forma real, sem nenhuma lapidação ou ocultamento. Na famosa obra do pintor brasileiro são expostos rostos de pessoas que sobreviveram a uma guerra. Por meio dessa pintura foram transmitidos os sentimentos provocados a partir de uma experiência de guerra. Já na mencionada produção cinematográfica, a violência está fora e dentro de casa. Nesse filme a protagonista, identificada como *Claireece Precious Jones*, a Preciosa, é violentada sexualmente por seu pai, convive com uma mãe instável emocionalmente, fica grávida na adolescência, sofre preconceito de seus colegas da escola, tem dificuldade para aprender e dificuldades socioeconômicas. As produções datam de épocas muito distintas, porém são muito semelhantes na comoção que provocam nos seus expectadores e na forma magistral com que transpuseram para o plano figurativo algumas manifestações da violência.

A partir disso podemos perceber que violência se expressa em diferentes formas e não é um fato novo. Estupros coletivos, tráfico de seres humanos, suicídios, assaltos, assassinatos, sequestros, exploração sexual e tortura são todas situações que ocorrem muito próximo de nós e que precisamos aprender a (sobre)viver com elas. A psicanálise poderá contribuir para refletirmos acerca do impacto da violência para cada indivíduo, pois a partir de seu método, ou seja, da análise clínica, o paciente poderá elaborar, integrar e sublimar uma situação que experienciou e/ou fantasiou. De acordo com Fagundes (2004, p. 23):

O ser humano que sofre e procura análise almeja poder lidar com seus sofrimentos mentais. A análise visa a colocá-lo mais em contato com suas emoções para que possa conviver melhor com sua realidade. E a realidade não é somente a psíquica, mas a realidade do seu grupo humano e de sua cultura, dos quais depende para viver as suas experiências.

⁶ O título do filme no Brasil é *Preciosa* (2011).

Dessa forma não podemos ser pretenciosos e acreditar que a psicanálise sozinha consegue abarcar todo esse problema, sendo a violência uma questão tão complexa, há necessidade de somarmos conhecimentos entre diferentes áreas, entre elas: a jurídica e a social.

Conforme já mencionado, a violência está muito presente na contemporaneidade, e não é por meio das artes plásticas ou do cinema que ela será estudada nesta dissertação de mestrado. O método para o estudo foi desenvolvido por meio de atendimentos clínicos, com enfoque psicanalítico, para crianças e adolescentes que sofreram violência(s). De antemão, podemos dizer que a violência foi tida como uma situação potencialmente traumática e que em suas vicissitudes poderia se constituir enquanto trauma psíquico.

Este capítulo será subdividido em três seções, primeiramente será exposta a concepção que a psicanálise freudiana possui da violência, em seguida será discorrido sobre a violência para autores contemporâneos, posteriormente serão apresentadas considerações psicanalíticas sobre as crianças e os adolescentes, bem como sobre a violência cometida contra eles.

2.1 Agressão e violência em Freud

Em 1932, Einstein, com toda sua genialidade atemporal, enviou uma carta à Freud intitulada “Por que a guerra? ”; assim como o próprio nome diz, o físico questiona Freud por que os sujeitos utilizam o poder para resolverem seus conflitos de interesse e por que os homens não conseguem se desviar da fatalidade que é a guerra. Tal pergunta poderia muito bem ter sido elaborada pelos líderes políticos e religiosos de nossa época, porém foi escrita há muitos anos e ainda mantém sua elevada importância. Nesta seção apresentaremos a resposta de Freud a essa pergunta, bem como faremos breves considerações, objetivando respondê-la também.

Em sua resposta Freud emprega a palavra violência para substituir a usada por Einstein como “poder”, menciona que os seres humanos não conseguiriam se afastar de algo que lhes é constitucional e também presente em todo o reino animal, ou seja, a agressividade, assunto que será abordado sequencialmente. Afirma que no princípio, numa pequena horda humana⁷, o emprego da força muscular definia quem era proprietário de algo ou de quem

⁷ Freud está se referindo à sua obra “Totem e Tabu” (1913), na qual discorre sobre a origem da civilização. Esse texto será apresentado ainda neste capítulo, na seção “Crianças e adolescentes violentados”, todavia é importante fazermos uma breve introdução sobre seu teor, devido a ter sido mencionado nesta carta. Trata-se do mito da horda primeva e o assassinato do pai totêmico. É uma situação mítica em que os filhos expulsos matam o pai

prevaleceria à vontade; posteriormente, a força muscular foi substituída pela utilização de instrumentos e vencia quem possuísse a melhor arma ou quem a empregasse com mais destreza. Aos poucos, a superioridade intelectual começou a prevalecer em detrimento da força física, mas mesmo assim o propósito da luta permanecia o mesmo, ou seja, a oposição entre dois indivíduos e seus interesses. Somado a isso, havia o interesse por parte do adversário em matar o seu inimigo, a isso Freud define como uma inclinação pulsional⁸. Essa inclinação pulsional se opõe à reflexão de que o inimigo poderia lhe ser útil para prestar alguns serviços e diante da dúvida, o sujeito decide por utilizar a violência para apenas amedrontar o opositor, porém ao tomar tal decisão deverá considerar que este rival poderá se vingar e que com essa decisão, está sacrificando parte da sua segurança.

Freud (1932/2010) anuncia que há um caminho que direciona a violência para o direito, trata-se da união de vários fracos compondo uma única força maior. Para ele, “a violência é derrotada pela união, o poder daqueles unidos passa a representar o direito, em oposição à violência de um indivíduo” (p. 420-421). Por direito entende-se o poder da comunidade, sendo que essa comunidade deve ser permanente e organizada, deve criar preceitos que prevejam possíveis rebeliões e deve estabelecer órgãos que garantam pela obediência das leis e que condenem atos de violência ilegítimos. Freud acredita que a partir da constituição de uma comunidade com interesses comuns, vínculos afetivos são estabelecidos, construindo sentimentos comunitários que embasarão uma autêntica força. Em resumo, nesta obra Freud apresenta que a superação da violência se dá mediante a passagem do poder unitário para uma força única e maior, mantida especialmente pelos vínculos afetivos estabelecidos entre os membros do grupo: “aplicando isso ao nosso tempo [...] uma segura prevenção da guerra é possível apenas se os homens se unirem na instituição de um poder central, ao qual seja transferida a decisão em todos os conflitos e interesses” (FREUD, 1932/2010, p. 424).

Outro ponto a que Freud (1932/2010) faz uma importante menção neste texto é acerca de uma possível pulsão de ódio e destruição que incita os homens a guerrear. Pulsão é um conceito introduzido por Freud, que sofre alterações no decorrer de seus aprofundamentos

tirânico, colocando fim à horda patriarcal. Porém ao devorarem o pai, se identificam com ele e adquirem parte da sua força.

⁸ O termo pulsão é a tradução assumida nesta dissertação, assim como nas últimas traduções francesas, para a palavra *Trieb*, a qual em muitas outras ocasiões foi traduzida como instinto. Escolhemos a tradução da palavra como pulsão porque indica uma força propulsora que incita os sujeitos a agirem, ao contrário do termo instinto que tem a conotação de algo pré-determinado biologicamente.

teóricos, conforme veremos a seguir. Freud (1932/2010) menciona que a pulsão está situada na fronteira entre o físico e o anímico, é um representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, não se equivalendo a nenhum “estímulo” produzido por excitações vindas de fora do corpo. São de dois tipos: as que tendem a aproximar, conservar e unir as partes dos seres vivos e as de destruição, que procuram separar, destruir e em última análise, matar e retornar ao estado inorgânico. Ambas são indispensáveis e sua atuação conjunta ou contrária provoca o surgimento dos fenômenos da vida.

Parece que quase nunca o instinto [a pulsão] de uma espécie pode agir isoladamente, sempre se acha ligado – amalgamado, dizemos – a um certo montante de sua contrapartida, que modifica sua meta ou, ocasionalmente, permite-lhe alcançá-la. Assim, por exemplo, o instinto [a pulsão] de auto conservação é certamente de natureza erótica, mas necessita dispor de agressividade para fazer valer a sua intenção (FREUD, 1932/2010, P. 427).

A teoria sobre as pulsões foi elaborada por Freud em dois momentos distintos, antes e depois da publicação do texto “Além do Princípio do Prazer”, em 1920. Na primeira concepção há dois grupos de pulsão, a pulsão de auto conservação (ou pulsão do eu) e a pulsão sexual. A primeira, como o próprio nome diz, é a que visa à conservação de si mesmo, enquanto que a segunda, tem o objetivo de conservação da espécie. E será a oposição entre os interesses do sujeito e da espécie que repercutirão na oposição entre as pulsões.

Citando um exemplo de um sujeito se alimentando, a pulsão de auto conservação se manifestará enquanto o alvo for a ingestão de alimentos, ao passo que a pulsão sexual se manifestará na medida em que o alvo for o prazer da zona erógena oral. Ainda nesta etapa, Freud (1920a) dirá que as pulsões de auto conservação e sexuais se figuram lado a lado, dentro do grupo das pulsões de vida, bem como anunciará que há pulsões agressivas, as quais devem ser tidas como pulsões de auto conservação, embora profundamente fixadas às pulsões sexuais.

Em relação à segunda teoria, Freud (1920a/2010) cria um novo conceito de pulsão e elabora que as pulsões de vida e de morte são princípios gerais que regem o funcionamento da vida psíquica e orgânica dos indivíduos. Entende-se por pulsões de vida as tendências à unificação, e por pulsões de morte, a tendência geral da vida orgânica.

Freud (1905/2006) declara que toda pulsão seria uma tendência ao restabelecimento de um estado anterior e como o estado anterior à vida é o estado inorgânico, as pulsões buscariam em última análise, o retorno a este estado. Vale dizer que seguindo a primeira

teoria, a tendência agressiva seria um componente sádico da pulsão sexual e quando relacionada com a pulsão de autopreservação, uma tendência à preservação da vida. Já na segunda teoria, a agressão está estritamente ligada à pulsão de morte, considerando a destruição do outro enquanto busca inconsciente da própria morte (FREUD, 1920a/2010).

Freud (1915a/2010) menciona quatro termos utilizados em relação ao conceito de pulsão, sendo eles: a) impulso⁹, o elemento motor da pulsão, a soma de força ou a medida de trabalho que ele representa; b) a meta¹⁰, que é sempre a satisfação, podendo ser conduzida por diversos caminhos e não ser única; c) o objeto, aquele com o qual ou pelo qual a pulsão pode alcançar a sua meta, é o que mais varia mediante as vicissitudes sofridas ao decorrer da vida, o objeto não está originalmente ligado à pulsão, mas é seu subordinado devido à propriedade de tornar possível a satisfação; e por fim, d) a fonte, local do corpo que as pulsões se apoiam, algo ainda não descoberto e pouco pertinente à psicologia.

Somado a isso, também postula que as pulsões podem sofrer quatro vicissitudes, sendo elas: a) reversão ao seu oposto; b) retorno em direção ao próprio eu do indivíduo; c) repressão; e d) sublimação. Por enquanto apenas daremos ênfase ao segundo item e para isso utilizaremos os dois pares de opostos mencionados por Freud: sadismo/masiquismo e exibicionismo/voyeurismo. Neste, há um retorno à própria pessoa, enquanto que naquele, existe uma reversão da atividade em passividade. Em ambos, a transformação pulsional jamais se realiza em toda a sua extensão (FREUD, 1915a/2010).

No par sadismo-masiquismo, o sadismo consiste na prática da violência enquanto exercício de poder tendo outra pessoa como objeto. O objeto é abandonado e substituído pela própria pessoa, com o retorno contra essa mesma pessoa, a meta pulsional ativa torna-se passiva e então, novamente se busca outra pessoa como objeto, a qual, em virtude da transformação de meta ocorrida, tende a assumir o papel de sujeito (FREUD, 1915a/2010).

A humilhação, a dominação e a provocação de dor não se relacionam com as originais ações da pulsão dotadas de objetivos. Por exemplo, uma criança sádica não leva em conta a injunção de dor ao provocá-la. O incitar a dor trata-se de uma meta masoquista passiva, já que as sensações dolorosas invadem a excitação sexual e produzem um estado prazeroso. Quanto ao sentir dor, fala-se de uma meta masoquista e também, retroativamente, a uma meta sádica de infligir dor, que o sujeito ao suscitá-las em outros frui masoquistamente na identificação com o objeto sofredor (FREUD, 1915a/2010).

⁹ O termo original é *Drang*, podendo ser traduzido como impulso ou como pressão.

¹⁰ O termo original é *Ziel*, também traduzido como finalidade.

Já em relação ao exibicionismo e voyeurismo, as pulsões têm por metas olhar e se mostrar. Seguindo a sequência de estágios: (1) olhar como atividade dirigida a outro objeto; (2) o abandono do objeto, a volta da pulsão de olhar para uma parte do próprio corpo, e com isso a reversão em passividade e a constituição da nova meta: ser olhado; e (3) a introdução de um novo sujeito, ao qual o indivíduo irá se mostrar para ser olhado por ele (FREUD, 1915a/2010). Assim, o prazer em ver-se é tido como uma formação narcísica¹¹, enquanto que a transformação do sadismo em masoquismo é vista como um indicador do retorno ao objeto narcísico.

Ainda neste texto, Freud traz uma importante contribuição para a temática deste capítulo ao falar sobre a díade amor X ódio. Para Freud (1915a/2010, p. 71-72) “a transformação de um instinto [uma pulsão] em seu contrário [...] é observada apenas em um caso, na conversão de amor em ódio”. Sabe-se que há uma relação entre esses dois afetos contrários, sendo que o amor deve ser concebido enquanto expressão da totalidade da tendência sexual, enquanto que, o ódio não tem uma relação íntima com o prazer sexual, mas sim com a luta do Eu por sua conservação e afirmação.

Na oposição ‘amar e ser amado’ está presente a conversão de atividade em passividade, ou seja, à medida que o objeto ou o sujeito for trocado por um exterior, ocorre à tendência ativa da meta (amar) ou a passiva (ser amado), sendo essa a mais próxima do narcisismo (FREUD, 1915a/2010).

De acordo com Freud (1915a/2010) as vicissitudes das pulsões, citadas anteriormente, estão submetidas às três grandes polaridades que governam a vida psíquica do sujeito. As polaridades estabelecem importantes conexões entre si, sendo elas: (1) polaridade real: sujeito (Eu) – objeto (mundo externo); (2) polaridade econômica: prazer – desprazer; (3) polaridade biológica: ativo – passivo. A primeira é imposta bem cedo ao sujeito, a partir da experiência de controlar estímulos externos por meio da ação muscular, ao passo que é refém dos estímulos pulsionais. A segunda, prazer-desprazer, é relacionada a uma escala de sensações e melhor estudada no parágrafo sobre o princípio do prazer e da realidade. E a terceira refere-se ao Eu que se comporta passivamente em relação ao mundo externo, enquanto que recebe estímulos dele, e se comporta ativamente, quando reage a esses estímulos.

Dentre as conexões que podem ser estabelecidas há uma que se destaca, trata-se de uma situação psíquica originária, na qual duas polaridades da mente coincidem: eu – mundo

¹¹ O conceito de narcisismo é um dos pilares de teoria de Freud. Trata-se de uma estrutura permanente, existente apesar das reestruturações libidinais posteriores, envolvida na composição do eu, na qual as pulsões parciais e autoeróticas se unificam para ganhar um objeto de amor (FREUD, 1913-1914/1976).

externo e prazer – desprazer. Logo no começo da vida anímica, a satisfação parcial do Eu é autoerótica e o mundo exterior não está investido de interesse, sendo assim, nesse momento o Eu-sujeito coincide com o que é prazeroso e o mundo externo com o que é indiferente e eventualmente, desprazeroso (FREUD, 1915a/2010).

Sendo o Eu autoerótico, ele não precisaria do mundo externo, entretanto devido às experiências das pulsões de vida, acaba recebendo objetos deste mundo e sentindo os estímulos pulsionais internos como desprazerosos. Sob o domínio do princípio do prazer, objetos a ele apresentados são acolhidos em seu Eu e sentidos como fontes de prazer, ele os introjeta¹², assumindo-os como se fizessem parte dele, enquanto que, por outro lado, expõe de dentro de si o que estiver sentindo como desprazeroso. Logo, o mundo externo deixando de ser indiferente e ao se apresentar também enquanto fonte de desprazer faz com que o Eu-prazer seja substituído pelo Eu-realidade. Nesse processo, quando há o aparecimento do objeto, o ódio ganha lugar importante na cena psíquica (FREUD, 1915a/2010).

[...] quando o objeto é fonte de sensações desprazerosas, há uma tendência que se esforça por aumentar a distância entre ele e o Eu, repetir a original tentativa de fuga face ao mundo externo emissor de estímulos. Sentimos a “repulsão” do objeto e o odiamos; esse ódio pode então se exacerbar em propensão a agredir o objeto, em intenção de aniquilá-lo (FREUD, 1915a/2010, p. 76).

Dito isso, o que podemos apresentar é que o ódio persegue com propósitos destrutivos todos os objetos que lhe forem fonte de desprazer, independentemente da frustração da satisfação sexual ou da frustração às necessidades de auto conservação. Devido à sua relação com o objeto, o ódio surge anteriormente ao amor, uma vez que tem a sua origem no Eu narcísico. Assim, entendemos que o amor e o ódio têm diferentes origens e seguiram caminhos distintos até se depararem com a relação prazer e desprazer.

Ao falarmos sobre satisfação estamos nos referindo ao conceito de princípio de prazer, no qual processos psíquicos são incitados por uma tensão desprazerosa e seguem em uma direção tal qual o resultado final coincida com um rebaixamento da tensão, isto é, com uma evitação do desprazer e geração do prazer. A quantidade de excitação existente na vida psíquica está relacionada ao nível de prazer e desprazer, sendo que o desprazer corresponde ao aumento da quantidade de excitação e o prazer, à diminuição. Isso não se dá de forma

¹² Termo empregado por Ferenczi e explorado no capítulo sobre trauma psíquico desta dissertação.

simples e direta, de acordo com Freud (1920a/2010, p. 163) “provavelmente o fator decisivo para a sensação é a medida de diminuição ou aumento num dado período de tempo”.

O princípio do prazer é próprio de um modo de funcionamento primário do aparelho psíquico e que já de início é inutilizável e potencialmente perigoso para a autoafirmação do organismo frente aos impasses do mundo externo. Por influência da pulsão de vida, o princípio do prazer é substituído pelo princípio da realidade, no qual a intenção permanece sendo a de se obter prazer, todavia aceitando o adiamento do prazer e temporário desprazer, num longo rodeio à obtenção do prazer. Essa substituição é uma das principais responsáveis pelas experiências de desprazer, relacionado a isso estão os conflitos ou cisões dentro do próprio aparelho psíquico (FREUD, 1920a/2010).

Freud (1920a/2010) aponta que grande parte do desprazer é o de percepção, isto é, a percepção da premência de pulsões insatisfeitas ou mesmo a percepção externa que em si já é penosa e provoca experiências interpretadas pelo aparelho psíquico como ‘perigo’. Este sinal de perigo é muito importante para uma possível estruturação de um trauma psíquico, assunto que será oportunamente explorado.

Conforme já apresentado, foi a partir de 1920 que Freud faz novas conjecturas acerca do tema pulsões e é em 1923, no texto “O ego e o id”, que reformula a teoria sobre a polaridade amor e ódio, a partir das suas elaborações sobre pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de vida seria aquela a que temos mais acesso, abrangendo a pulsão auto preservativa e a pulsão sexual, já a pulsão de morte tem a tarefa de conduzir a vida orgânica para o retorno ao seu estado inanimado, ou seja, o zero absoluto de excitação regulado pelo princípio de prazer. Assim, o surgimento da vida é a causa para a continuidade da vida, concomitantemente, um esforço no sentido da morte. Sendo a própria vida um conflito e uma conciliação entre essas duas classes.

A polaridade amor e ódio é um exemplo apresentado por Freud (1923/1977) para explorar a oposição entre as pulsões. Freud anuncia que é comum encontrarmos representantes de Eros (pulsão de vida), ao passo que manifestações da pulsão de morte são de difícil apontamento, todavia o ódio é uma de suas representações. Por meio da experiência clínica Freud constantemente observou manifestações de amor acompanhadas por ódio (ambivalência), sendo o ódio frequentemente um precursor do amor, bem como notou situações de ódio se transformando em amor e vice-versa. Ao se transformarem um no outro Freud entende que se perde completamente a distinção existente entre pulsão de vida e pulsão de morte.

Essa fusão das pulsões explica que a pulsão de vida é capaz de neutralizar a pulsão de morte e direcionar para o mundo externo os impulsos destrutivos que dela emanam, por meio do aparelho muscular. Porém não é certo que as pulsões seriam completamente satisfeitas desse modo. Freud menciona que se há fusão, o contrário também deve ser viável e usa o exemplo do sadismo (assunto já abordado) para afirmar que o componente sádico da pulsão sexual é a prova da fusão das pulsões, em contrapartida, o sadismo enquanto perversão seria a “desfusão” das pulsões e uma das manifestações da pulsão de morte (FREUD, 1923/1977).

Outra das manifestações da pulsão de morte é a agressão. Freud (1923/1977) anuncia que o indivíduo expõe a pulsão de morte de diferentes maneiras, em parte se torna inócua devido à fusão com os componentes eróticos; em parte é desviada ao mundo externo sob a forma de agressividade, enquanto que grande parte se mantém no próprio sujeito, sem perturbar. Em suma, o que Freud apresentou é que a agressão é algo constitucional em todo ser humano, produto da pulsão de morte.

E a violência? Freud não elabora um conceito específico sobre este tema, o que apresenta sobre ela é que a pulsão de morte age livremente no interior do indivíduo e se empenha em levá-lo à decadência e desintegração, mais precisamente, em desintegrá-lo a ponto de a vida voltar ao seu estado de matéria inanimada. Essa pulsão se torna destrutiva ao ser dirigida, com ajuda de outros órgãos, para fora, para os objetos. Dessa forma, não há como “abolir as tendências agressivas do ser humano” (FREUD, 1932/2010, p. 429).

Porém, a violência é apenas uma das manifestações dessa tendência agressiva e Freud, e a psicanálise contemporânea, apresentam condições para que a violência em si seja controlada e para que as tendências agressivas sejam desviadas para outras formas de expressão, mas antes de falarmos sobre possível controle da violência, precisamos nos aprofundar mais acerca dessa temática.

Objetivando falar sobre a violência devemos retornar à obra de Freud, de 1915, intitulada “Considerações atuais sobre a guerra e a morte”. Nesta obra Freud (1915b/2010) discorre sobre a brutalidade com que os sujeitos agem em tempos de guerra e sobre as possíveis origens e atenuantes desse comportamento. De antemão, Freud exprime que os sujeitos não são bons e nobres desde o seu nascimento ou que mediante o processo de desenvolvimento más inclinações sucumbem sob a influência da educação e do ambiente cultural. Para a psicanálise freudiana, a essência mais profunda de todos os seres humanos consiste em pulsões de natureza elementar, que visam à satisfação de certas necessidades originais. As pulsões não são boas, nem más em si, elas são classificadas, assim como as suas manifestações, conforme a relação que têm com as necessidades e exigências da sociedade

humana. Ou seja, em cada momento histórico ou sociedade o que é tido como “bom ou mau” é variável, assim como o entendimento sobre o que é violência não é igual em todas as partes dos mundos e nem em todas as culturas.

O caráter de cada indivíduo é constituído após a superação de todas as vicissitudes da pulsão e raramente os sujeitos se tornam bons ou maus por inteiro, em geral, tem aspectos bons e aspectos maus variando conforme a circunstância.

Sobre os aspectos que a comunidade proíbe e classifica como sendo ‘maus’, por exemplo, os egoístas e cruéis, Freud (1915b/2010) aponta que fazem parte dos de origem primitiva. Esses impulsos primitivos são inibidos, desviados para outras metas, dirigem-se em parte para a própria pessoa, fundem-se uns com os outros ou trocam seus objetos, para então chegar a se tornarem ativos no sujeito adulto. Há dois fatores que atuam no sentido de transformá-los: um fator externo e outro interno. O fator interno consiste no influxo exercido pelo erotismo nas pulsões más (egoístas), mais precisamente, pela necessidade humana de amor (sentido mais amplo). Já por fator externo trata-se da coação exercida pela educação, que exprime as necessidades do ambiente civilizado e que depois prossegue influenciando o meio cultural. Destaca-se que, para que a civilização se constituísse foi necessário que os sujeitos renunciassem à sua satisfação pulsional, assim, agora os filhos da civilização exigem dos que estão chegando, que também façam essa renúncia. Em resumo:

Se chamarmos de **aptidão para a cultura** a capacidade de um homem mudar os instintos [a pulsão] egoístas por influência do erotismo, poderemos dizer que ela consiste de duas partes, uma inata e outra adquirida na vida, e que a relação das duas entre si e com a parte não transformada da vida instintual [pulsional] é bastante variada” (FREUD, 1915b/2010, p. 221, grifo do autor).

Podemos considerar que cada sujeito está propenso a agir de forma brutal e egoísta ou afetuosa e altruísta na mesma proporção, será a influência exercida pelas pulsões (na contensão dos impulsos primitivos), somada às regras e necessidades de cada cultura que determinarão a maneira com que cada sujeito irá agir no mundo. Face ao exposto, é importante destacar que não é possível fazer nenhuma generalização acerca de pessoas boas

ou más, repetindo, todos podem ter comportamentos ruins ou bons conforme o que estiverem vivenciando¹³.

Ainda sobre essa civilização¹⁴, que protege e reprime os sujeitos, Freud (1927/1990) em sua obra “O Futuro de uma Ilusão” apresenta que a civilização se constitui em dois aspectos correlacionados: a) o conhecimento adquirido para controlar a natureza e satisfazer as necessidades humanas e b) as normas criadas para administrar as relações entre os homens. Sobre o segundo aspecto, Freud anuncia que regulamentos e normas visam defender a civilização dos impulsos hostis e individuais de cada sujeito, devido principalmente ao fato de que todos os sujeitos os possuem presentes em sua natureza.

Para Freud (1927/1990) a civilização necessita ser coercitiva para impedir que os sujeitos realizem os desejos de suas pulsões, principalmente seus impulsos antissociais e anticulturais. Em contrapartida, esse impedimento resulta em insatisfação para os próprios sujeitos e daí advém a origem da hostilidade própria dos seres humanos que é endereçada à civilização.

Dentre os principais desejos proibidos ao homem e presentes desde os tempos mais remotos, cita-se: o incesto, o canibalismo e a ânsia de matar. Deles o sujeito sofreu privações desde muito tempo atrás, os quais foram internalizados psiquicamente¹⁵ e produzindo, nas culturas subsequentes, seres morais e sociais, que interpretam tais atos com repulsa e comoção. Todavia, há outras reivindicações pulsionais antissociais que não foram abandonadas até a civilização atual, por exemplo: avareza, impulsos agressivos, desejos sexuais, mentiras, fraudes ou calúnias. Os quais só são abandonados (muitas vezes, temporariamente) caso o sujeito estiver sofrendo pressão da coerção externa.

As classes mais desfavorecidas estão submetidas a mais privações, o que gera maior insatisfação, maior possibilidade de revolta e uma hostilidade ainda maior frente à civilização. Pode-se esperar que tais pessoas ao invés de internalizarem as proibições da civilização, desejem ainda mais destruí-la, o que demanda que a maneira com que a sociedade é

¹³ Isso é importante de ser aqui mencionado porque nesta pesquisa estivemos propondo refletir sobre o trauma psíquico em pessoas violentadas. Não é possível fazer uma generalização, ou mesmo um “manual”, de como não tornar algo traumático para cada sujeito, já que cada sujeito tem uma história de vida diferente e um desenvolvimento psíquico único.

¹⁴ Nesta obra “O futuro de uma ilusão” Freud afirma que não fará distinção entre os termos cultura e civilização. Em algumas línguas, como a germânica, os termos *Kultur* e *Zivilisation* não tem o mesmo significado, todavia nos textos Freud os emprega de forma intercambiável, e isso será feito também nesta dissertação.

¹⁵ Estamos nos referindo ao conceito de Supereu, assunto que será abordado ainda neste capítulo.

organizada não seja permanente, mas sim, passível a consideráveis mudanças (FREUD, 1927/1990). Esse apontamento de Freud também é visivelmente contemporâneo, pois nos meios de comunicação ouve-se falar muito mais da violência cometida nas classes mais desfavorecidas do que em classes com maior poder socioeconômico.

Diante de tantas imposições feitas pela civilização, seria possível abolir todas as proibições e permitir aos indivíduos que satisfaçam os seus impulsos pulsionais? A isso Freud (1927/1990) responde que não, pois não há como um indivíduo satisfazer seus desejos sem invadir o desejo do outro. Dessa forma, afirma que a ausência da civilização traria ainda mais sofrimento para os sujeitos, até porque a civilização auxilia os sujeitos a se protegerem das forças da natureza.

Neste texto ainda, Freud (1927/1990) faz considerações sobre o papel da religião enquanto cerceadora dos impulsos pulsionais de cada indivíduo e protetora das deficiências da civilização. Para Freud a religião foi criada para apaziguar o desamparo sentido pelo homem, por meio de uma busca contínua por algo mais elevado da vida, todavia também não é suficiente, já que em muitos casos gera grande insatisfação e hostilidade dos sujeitos contra a civilização.

Em sua outra obra, “O mal-estar na civilização” (1930/2010) Freud continua suas elaborações acerca da civilização enquanto meio de controle para as tendências pulsionais, bem como sobre a pulsão de agressão e as maneiras pelas quais esta se manifesta. Freud (1930/2010, p. 76-77) reitera:

[...] o ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender, quando atacado, mas sim que ele deve incluir, entre seus dotes instintuais [pulsionais], também um forte quinhão de agressividade. Em consequência disso, para ele o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão, para explorar o seu trabalho sem recompensá-lo, para dele se utilizar sexualmente contra a sua vontade, para usurpar seu patrimônio, para humilhá-lo, para infligir-lhe a dor, para torturá-lo e matá-lo.

Nesta citação Freud anuncia que é da constituição do indivíduo a propensão a agredir, humilhar e maltratar, visando unicamente sua satisfação pulsional. Para pôr limites a esses ímpetos, a civilização tem que recorrer a tudo. Daí, portanto, o uso de métodos que devem instigar as pessoas a estabelecerem identificações e relações amorosas inibidas em sua meta, daí as restrições à vida sexual e também a elaboração do mandamento religioso “Amar ao

próximo como ama a si mesmo”, algo totalmente contrário à natureza humana (FREUD, 1930/2010).

Freud (1930/2010) apresenta que a agressão não é resultado da civilização atual, já estava presente nos tempos pré-históricos. Manifesta-se desde a tenra idade e é uma atividade da pulsão de morte, que se separou e uma parcela se voltou contra o mundo externo e depois veio à luz por meio de agressividade, destruição e crueldade. Expõe novamente o exemplo do sadismo e do masoquismo, no primeiro haveria uma fusão, particularmente forte, entre o impulso ao amor e a pulsão de destruição, enquanto que no segundo, haveria uma ligação da destrutividade dirigida para dentro com a sexualidade. Em ambos, não se pode ignorar a presença da agressão e da destrutividade não erótica.

Entendendo que a agressão é uma disposição da pulsão original e autônoma do ser humano, a sua existência é um poderoso obstáculo à civilização, inclusive podendo ameaçá-la rumo à desintegração. A estratégia usada pela civilização para conter os excessos de agressividade é por meio da elaboração das leis, todavia tais leis não sanam completamente o problema, já que a agressão não é produto da civilização. Inclusive, objetivando controlar essa agressividade, muitas vezes a própria civilização acaba por cometê-la contra os seus infratores (FREUD, 1930/2010).

A vida em comunidade exige sacrifícios, desde a sua sexualidade até a agressividade. A justiça torna-se falha devido às exigências egoístas e inadequadas de cada um dos indivíduos, que deseja alcançar sua felicidade.

Então Freud (1930/2010) destaca outro fator que a civilização pode assumir na tentativa de controlar as tendências pulsionais agressivas dos indivíduos, trata-se da sublimação¹⁶, ou seja, situar em outras vias as condições de satisfação pulsional. A sublimação torna possível que atividades psíquicas superiores, tais como: científicas, artísticas e ideológicas, tenham importante papel na vida civilizada e fortaleçam o intelecto dos sujeitos. Todavia Freud faz uma ressalva, a partir da não satisfação pulsional gera-se grande frustração entre os sujeitos, que por sua vez, pode sucumbir, na já mencionada, hostilidade contra a própria civilização.

Alguns dos métodos usados para inibir e talvez tornar a agressão inofensiva já foram mencionados acima, porém há algo que ainda falta, trata-se da agressão que é introjetada,

¹⁶ O conceito de sublimação refere-se a uma mudança nos objetos da pulsão sexual, que abandonou seus desejos originais (de ordem sexual) para se relacionar a outras metas valorizadas socialmente.

internalizada e enviada novamente para sua origem, ou seja, é dirigida contra o próprio Eu¹⁷. Freud (1930/2010) destaca que essa agressão acolhida em uma parte do Eu se contrapõe ao resto enquanto Supereu, o qual, enquanto “consciência” se propõe a exercer contra o Eu a mesma severa agressão que o Eu desejaria dirigir a outros indivíduos. Essa tensão entre o rigoroso Supereu e o Eu damos o nome de culpa, assunto que também será mais aprofundado ao decorrer desta dissertação. De antemão, é importante dizer que essa culpa se manifesta como necessidade de punição e a civilização se aproveita disso para que o próprio sujeito controle e enfraqueça o seu prazer em agredir.

Na criança, à pulsão de agressão que cedo já se manifesta é renunciada a satisfação, ela então a acolhe dentro de si e por identificação com a autoridade, torna-se o seu Supereu, o qual assume toda a agressividade que ela gostaria de exercer contra o outro, direcionando-a para si mesma. A severidade com que o Supereu foi desenvolvido, na criança, reflete a severidade do tratamento que recebeu, isto é, o rigor da educação que a criança recebe impera grandemente na formação do Supereu infantil e consequentemente, na forma com que esse indivíduo, na vida adulta, enfrentará as leis e regras sociais (FREUD, 1930/2010).

Por fim, retomando a obra de Freud (1932/2010) que iniciou esta seção, apresentamos o que Freud concluiu: que os seres humanos estão se tornando (sendo obrigados a se tornar) pacifistas devido a duas características psicológicas da civilização: a) o fortalecimento do intelecto e b) a internalização dos impulsos agressivos com todos os seus perigos e vantagens. Assim, como consequência do processo civilizatório, os sujeitos se tornaram opositores e sentem repúdio à guerra.

Agora podemos retomar a pergunta inicial dessa seção, sobre o que incita os homens em participarem da guerra, brevemente podemos responder: as duas classes das pulsões facilitam a satisfação pulsional dos sujeitos, muitas vezes lhes dando pretextos para atuarem de forma destrutiva e cruel (pulsão de morte), bem como encontrando motivos ideais impostos à consciência (pulsão de vida). Agora se pensarmos sobre maneiras de combater a motivação para a existência das guerras, podemos dizer Eros (pulsão de vida) deve combater a pulsão de morte, por meio da identificação de interesses entre os homens e pelo estabelecimento de relações parecidas com a tida com o objeto amado, ou seja, fazendo prevalecer os elementos eróticos e deixando a pulsão de morte inócua. Não que dizer isso seja suficiente, pois se a agressão é constitucional em todos os seres humanos, existe uma grande

¹⁷ As três instâncias psíquicas: Eu, Supereu e Isso, serão apresentadas na sequência, quando falarmos sobre o Complexo de Édipo e a formação do Eu nos indivíduos.

probabilidade para que as guerras também estejam sempre presentes na sociedade, proporcionando aos indivíduos um constante retorno às suas satisfações pulsionais destrutivas.

Já em relação à violência, produto da pulsão de morte, a sua existência não é obrigatória, há maneiras de desviá-la e deixar que não se manifeste, para isso devemos direcioná-la ao Eu, por meio da introjeção, representando-a pelo sentimento de culpa ou a sublimando, transformando-a em arte, ciência ou até religião.

Após esta explanação teórica freudiana, adentraremos em conceitos sobre a agressão e a violência para autores psicanalíticos contemporâneos. Os quais também partiram das brilhantes elaborações teóricas de Freud para construir seus próprios conhecimentos.

2.2 Leituras psicanalíticas da violência na contemporaneidade

A partir do que foi exibido por Freud mostrou-se interessante realizar uma breve análise teórica realizada por autores psicanalistas contemporâneos acerca da temática violência.

Prestar atendimentos psicossociais a pessoas visivelmente sofridas, muitas vezes desacreditadas do sistema judiciário e protetivo do nosso país, também desacreditadas de si mesmas e de possível superação à sua condição de vida, nos motivou para aprofundarmos mais o tema e principalmente, para refletirmos se situações de violência são psiquicamente traumáticas e paralisantes para os sujeitos ou se momentos de violência devem ser interpretados apenas como episódios da história de vida de cada sujeito, com suas repercussões psíquicas.

Podemos começar esta seção com uma ilustre frase de Maria Laurinda Ribeiro de Souza (2005, p. 31) a qual sintetiza muito do que podemos notar sobre a compreensão da violência para alguns psicanalistas contemporâneos: “Embora a violência seja uma marca assustadora de nosso cotidiano e nos deixe extremamente sensibilizados, nem sempre é fácil precisar o seu conceito ou reconhecer a sua extensão”.

Sobre o seu conceito, apresentamos que as palavras ‘agressão’¹⁸ e ‘violência’ mesmo tendo uma importante correlação, não são sinônimas, para Fagundes (2004) e Costa (1984) não há uma pulsão de violência, mas sim uma pulsão agressiva, a qual pode coexistir com a

¹⁸ Fagundes (2004) aponta que as palavras “agressividade” e “agressão” também não são sinônimas, a agressividade é um afeto subjacente presente tanto na agressão quanto na violência.

possibilidade de os sujeitos exercerem a violência, na mesma proporção em que podem empregar a paz. A violência não tem um caráter instintivo e biológico, trata-se do emprego da agressividade, podendo seguir desejos conscientes ou inconscientes.

Diferentemente dos animais, que não desejam um objeto fixo, mas necessitam dele, para os seres humanos, o objeto de violência é arbitrário e pode ser deslocado. Para Costa (1984) quando a manifestação de agressão é apenas ação da pulsão de morte ou quando não revela o desejo de destruição nem pelo próprio sujeito, nem pelo indivíduo que sofre a ação e nem pelas demais pessoas que presenciaram a ação, não se trata de violência¹⁹.

Na contemporaneidade são muitas situações que recebem o significado de violência, essas situações estão aumentando de forma impactante. A isso muitos psicanalistas identificam como sintoma social, dentre eles Levisky (2000) e Marin (2004). Para esta autora, a máxima da sociedade atual é “evitar o sofrimento”. Todavia, os indivíduos ao tentarem alcançá-la, acabam por produzi-la ainda mais. Os indivíduos ao tentarem submeter o outro à sua própria vontade acabam sendo levados a um grande desamparo, o qual é desencadeado pelas exigências pulsionais crescentes impostas pela própria sociedade, por exemplo: seja sempre feliz, consuma, tenha prazer, faça sexo com quem desejar, seja o que você quiser ser, entre outros. O ato violento destrutivo²⁰ é a maneira com que o indivíduo, que sucumbiu às forças pulsionais, acabou encontrando para confirmar sua singularidade, eliminar o sofrimento e suprimir o outro que lhe desagradava (MARIN, 2004).

Devemos enxergar a contemporaneidade como uma espécie de império do narcisismo, onde o poder soberano é o individualismo e a sociedade gira em torno da busca incessante pelo prazer, em detrimento do mal-estar próprio do sujeito, conforme dito pela psicanálise. Assim, a violência se revela como um sintoma social exatamente para que o sujeito enfrente essa atual dificuldade e encontre outra maneira de satisfazer seus desejos, suas faltas e suas dores, dentro de um enquadre permitido pela civilização (MARIN, 2004).

O Estado nada faz para garantir que as condições de vida de todos os sujeitos sejam semelhantes e assegurar que os interesses particulares não se sobressaiam em relação ao coletivo. Mesmo assim, o seu discurso é pautado em igualdade, tentando esconder as enormes

¹⁹ Essa afirmativa é muito importante para a construção desta dissertação, pois devemos ter em mente que o que é tido como violência para um indivíduo, não será, necessariamente, interpretado da mesma maneira por outro. Isso implica na forma com que responderemos à pergunta de pesquisa, pois agora já sabemos que realmente o que será violento para um indivíduo, pode não ser para outro e isso repercutirá no psiquismo do sujeito, que poderá considerar tal prática invasiva e inesperada a ponto de ser um trauma psíquico ou não.

²⁰ Para Winnicott (1987/2005) o sujeito para reivindicar do social o que lhe foi prometido apela para um gesto “antissocial”, o qual deve ser interpretado como um grito de esperança.

desigualdades sociais visíveis em nossa sociedade contemporânea. A ausência de um poder que controle os homens põe em risco o pacto social, pois essa falsa ideia de igualdade fomenta as condutas agressivas dos indivíduos, as quais, como já dito, são uma inclinação dos seres humanos. Pretendendo ‘ter tudo’, os indivíduos acabam por ver o seu próximo como um obstáculo e almejam eliminá-lo. Estamos em uma cultura narcisista, na qual os vínculos sociais estão fragilizados e a libido dos sujeitos é investida totalmente em seu próprio Eu.

Joel Birman (1997) entende que os problemas sociais (a que estávamos nomeando como sintomas) são produções da constituição do sujeito em contato com as questões econômica, política e social do momento. Para ele, não devemos entender que a pulsão de morte explica por si só o porquê dos sujeitos serem agressivos, mas sim a articulação entre o interno e o externo do sujeito é que explicaria. Tal fato explicaria sobre a maneira com que as sociedades se organizam e interfere na formação da subjetividade dos seus membros. Birman exemplifica afirmando que no Brasil é muito comum encontrarmos manifestações de poder com posturas autoritárias e violentas, produzindo sujeitos cuja subjetividade é narcísica.

Birman (1997) fala sobre as classes populares, para ele devido aos sujeitos menos abastados serem constantemente desprovidos de seus direitos básicos, eles se tornam mais passíveis de atos agressivos e muitas vezes, almejam obter reconhecimento na sociedade por meio da criminalidade.

Vale dizer que entendemos que há nos seres humanos uma tendência à agressão e conseqüentemente à violência, porém a sociedade atual a está exacerbando. Pensar que o próximo está ao seu serviço e que se pode fazer o que quiser com ele, é algo que infelizmente estamos ouvindo com muita frequência, tanto ao presenciarmos uma conversa entre pais e filhos, quanto entre esposas e maridos ou entre funcionários e subordinados, bem como no *setting* analítico.

A violência que estamos apresentando aqui não é apenas a física e visível a olho nu, aquela que todos podem apontar e dizer que está ‘errado ou certo’, mas sim qualquer forma de submissão de um indivíduo frente ao outro, que lhe cause sofrimento ou constrangimento. Assim como a frase inicial dessa seção, permanecemos com a premissa de que a violência é de difícil conceituação e enquadre, mas que merece toda nossa atenção e estudo.

A psicanálise tem muito para contribuir com essa temática, pois por meio da clínica o sujeito pode dar voz ao que está só manifestando por meio de sintomas, além de poder se apresentar enquanto tentativa de realização pulsional e da expressão permitida pela cultura (MARIN, 2004). Portanto, entendemos que é possível o enfrentamento das situações de violência, ou seja, através do confronto ou do encontro de um indivíduo com outro ou

resgatando a sua dependência de outro ser humano, é possível encontrar recursos de paz para embates violentos.

É preciso enfatizar que nada do que foi apresentado até agora sobre violência e agressão justifica ou desculpa atos bárbaros e egoístas apresentados pelos sujeitos por meio do uso da agressividade como violência. Mesmo sendo algo da constituição do ser humano e presente em muitas relações humanas, há necessidade de que a cultura responsabilize e puna os indivíduos que provocam dor e sofrimento aos seus pares.

E a relação entre violência e trauma psíquico? Não podemos supor que tal relação seja simplista. Para Fagundes (2004) a violência tem relação com vivências traumáticas, pois muitas vezes o aparelho psíquico está despreparado para significá-la, estamos nos referindo ao que é conceituado por Freud (1920a/2010) como ‘perigo’. Partilhamos do conceito explorado por Fagundes (2004, p. 29): “[...] violência é toda ação traumática que leva o psiquismo a desestruturar-se [...] ou a responder ao trauma mediante mecanismos de defesa, análogos à economia da dor”. A partir das situações de violência os sujeitos são impedidos de se satisfazerem ou apenas lhes é permitido buscar alcançar o prazer enquanto defesa frente à morte. O sujeito violentado pode não ser capaz de simbolizar ou representar a situação que viveu devido a ser algo não assimilável psiquicamente, podendo resultar em somatizações ou clivagem psíquica.

A próxima seção mostrará que muitos adultos, principalmente pais, vêm os seus filhos como propriedades suas e por isso acreditam que podem fazer com eles o que bem entenderem. Da mesma forma, historicamente as crianças foram tidas como seres desprovidos de desejos e que deveriam satisfazer aos adultos, tudo isso será melhor apresentado a seguir.

2.3 Crianças e adolescentes violentados

Nesta seção será desenvolvida a perspectiva da psicanálise sobre crianças e adolescentes e também serão apresentados conceitos acerca da violência cometida contra infantes. Iremos nos deparar com teóricos de diferenciadas áreas, já que, como mencionado no início, a psicanálise sozinha não abarca todos os enlaces do fenômeno violência.

Antes de começarmos a falar sobre psicanálise com crianças e com adolescentes é importante apresentarmos, brevemente, de que maneira o conceito de infância foi historicamente construído. Existiu um tempo em que a infância não era tida da maneira com que é vista hoje, ou seja, com especificidades e características próprias.

Na Idade Média, por exemplo, a criança era entendida como um adulto em miniatura, sem que nada a diferenciasse ou que demandasse atenção especial. Acreditava-se que a sexualidade da criança não havia despertado e que ela estaria alheia a qualquer assunto de cunho sexual. Devido à estrutura da época, era comum o falecimento de crianças, isso fazia com que muitos pais não se apegassem aos filhos e não sentissem a perda desse ente, da forma com que a maioria dos pais sente nos dias de hoje, ou seja, como irreparáveis (COSTA, 2010).

Será na Renascença que a família se estabelecerá enquanto unidade familiar e que a criança passa a ser vista como membro “especial” desta unidade, pois o período da infância é interpretado como uma preparação para o futuro. Será a partir do século XVII que a noção de inocência infantil ganhará destaque e que a infância começará a ser vista como um período diferenciado. Todavia, nessa época predominava a concepção de que a infância era algo negativo, pois entendiam que a corrupção inicia na infância e que as maldades predominam nessa fase. Gradativamente, esses pensamentos começaram a mudar e a partir do Iluminismo acreditava-se que a criança nascia inocente e que possuía maneiras de pensar e sentir próprias à sua idade. Também será neste momento que a Igreja se preocupará em não permitir às crianças que vivenciassem ou escutassem informações sobre sexo, aduzindo que tal exposição repercutiria na formação do caráter e da ética dos indivíduos (COSTA, 2010).

Com o crescimento do capitalismo e dos ideais burgueses a criança passa a ser vista como um investimento lucrativo para o Estado, ela passa a ser valorizada e cuidada, objetivando salvaguardar o futuro da civilização. É nessa etapa que a escola é reconhecida enquanto meio de educação para crianças e adolescentes e a família se torna mais atuante e responsável, colocando os filhos no cerne da família. Porém, ainda neste momento histórico, a criança era representada como um ser assexuado, sem desejo próprio e suscetível à educação imposta pelos adultos e será Freud que modificará tal concepção (COSTA, 2010).

Surge a psicanálise e Freud (1896a/1996) anuncia para o mundo que a etiologia nas neuroses dos adultos era originária de experiências traumáticas sexuais na infância, a isso nomeou como “teoria da sedução”²¹. Freud por meio de sua escuta clínica percebeu que as cenas sexuais ditas reais por suas pacientes neuróticas, podiam ser fantasias inconscientes, cujo conteúdo não necessariamente ocorreu. Então, Freud decide abandonar essa teoria e

²¹ Vale dizer que neste momento teórico surgem construções acerca do trauma psíquico. Freud questiona a universalidade das experiências traumáticas e esse assunto será aprofundado no capítulo sobre trauma psíquico, por isso agora está sendo apenas esboçado.

propor que o que é determinante para os sujeitos é a realidade psíquica, constituída por desejos inconscientes e firmada a partir da sexualidade infantil.

A partir da sua obra “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, Freud introduz ao mundo uma concepção de criança marcada por sua sexualidade, cujo corpo é composto por zonas erógenas que produzem satisfação. Freud (1905/2006) inicia essa obra apresentando a crueldade infantil, aponta que as crianças são dotadas de crueldade desde a mais tenra idade e que tal característica tem sua origem na pulsão de dominação (nomeada também como pulsão de morte e já apresentada neste capítulo) e surge na vida sexual numa época em que os genitais ainda não assumiram seu papel posterior. Para Freud, a crueldade é um fenômeno próprio da infância, e o limite à pulsão de dominação só se desenvolve num momento consideravelmente atrasado, isto é, a compaixão pelo próximo só se desenvolverá posteriormente.

A criança possui formas próprias e diversificadas de satisfazer a sua sexualidade ainda não genitalizada. Vários órgãos do corpo fornecem diversificadas formas de excitação, de modo que cada órgão que dá origem a uma excitação é chamado de zona erógena da pulsão. A zona erógena é uma parte da pele ou da mucosa que ao receber maneiras especiais de estimulação provoca uma sensação prazerosa, nesse processo a qualidade da estimulação é mais relevante para a satisfação do que propriamente a natureza das partes do corpo (FREUD, 1905/2006).

As zonas erógenas se relacionam com o desenvolvimento do processo de aquisição do prazer dos indivíduos, bem como com a relação do bebê com seu primeiro objeto de amor. O desenvolvimento infantil é atravessado por três estágios de predominância de zonas autoerógenas que se sobrepõem uns aos outros sem serem completamente superados, trata-se dos estágios oral, anal e fálico, nos quais as zonas erógenas da boca, do ânus e dos órgãos genitais, respectivamente, tornam-se centrais no âmbito das atividades sexuais infantis. Tais estágios serão posteriormente convergidos para a centralidade da sexualidade genital, normalmente apenas depois de um período de latência sexual.

Os estágios do desenvolvimento infantil possuem uma especial importância no que diz respeito à análise das consequências traumáticas da violência. Um evento de violência que ocorra em determinada fase da sexualidade infantil pode repercutir de maneira distinta em comparação com as demais etapas. Em todo caso, a precipitação de um trauma decorre de uma experiência que nem sempre é violenta, mas que possui a qualidade de ser excessiva, isto é, trata-se de uma experiência tal que o sujeito não foi capaz de assimilar completamente.

O indivíduo pode manter-se vinculado a modos de satisfação ou características de

comportamentos referentes a uma fase específica de seu desenvolvimento sexual. Freud chama esse processo de fixação em traumas. Assim, quando um paciente adulto sofre algum “acidente” que ameça seus estágios mais avançados de estabilidade psíquica, é possível que ele recorra, através de uma regressão, às modalidades infantis de organização libidinal (CAVALLARI, 1997). Objetivando apresentar o que o leitor deve ter em mente ao estudar as organizações da vida sexual infantil, Freud faz uma importante consideração:

[Os senhores] devem reter firme em mente que a vida sexual (ou, conforme dizemos, a função libidinal) não emerge como algo pronto e nem tem seu desenvolvimento ulterior ditado pelo seu próprio aspecto inicial, mas passa por uma série de fases sucessivas que não se parecem entre si; sua evolução repete-se, portanto, várias vezes – como o da lagarta em borboleta. O ponto crítico desse desenvolvimento é a subordinação de todos os instintos parciais à primazia dos genitais e, com isso, a sujeição da sexualidade à função reprodutiva (FREUD, 1917b/1996, p. 330).

Considerando apenas os períodos pré-genitais da sexualidade infantil, destaca-se a primazia das atividades orais e das atividades anais da criança, estas últimas acompanhadas de um forte impulso à crueldade, ou, como diz Freud, ao sadismo. Durante a fase oral (ou canibalesca), que é uma das mais primitivas, a atividade sexual não se separou da nutrição, por isso a boca é a zona principal de erotização. O objetivo sexual consiste na incorporação do objeto, modelo que posteriormente desempenhará importante papel psíquico porque é protótipo dos processos de identificação.

A fase sádico-anal tem como característica a simultaneidade do prazer em reter ou eliminar as fezes e o estabelecimento de polos opostos na sexualidade. Tais polos não podem, contudo, ser classificados como masculino e feminino, mas sim como ativo e passivo. O que se apresenta como ativo é a expressão de um instinto de domínio que pode facilmente se transpor em crueldade. “A atividade é produzida pela pulsão de dominação através da musculatura do corpo, e como órgão do alvo sexual passivo o que se faz valer é, antes de mais nada, a mucosa erógena do intestino” (FREUD, 1905/2006, p. 120).

Até então, as características principais da vida sexual infantil são o autoerotismo (satisfação no próprio corpo) e a autonomia das pulsões sexuais para obtenção do prazer. Não obstante, a continuidade do desenvolvimento sexual infantil prossegue no sentido de privilegiar um modo centralizador de satisfação.

Durante a fase fálica, a criança passa por um processo de identificação sexual

(feminino ou masculino) com as figuras parentais e elabora representação para cada um desses papéis. É nessa fase que as díades ‘mãe-filho’ e ‘pai-filho’ se transformam em tríade e o Complexo de Édipo se estabelece (FREUD, 1917b/1996). Nessa etapa, a culpa aparece notavelmente relacionada às fantasias agressivas da criança em relação ao progenitor do mesmo sexo, sendo que o castigo usualmente se associa à ansiedade de castração nos meninos e ao temor do abandono nas meninas (AZAMBUJA *et al.*, 2011). Movidos pela relevância dos temas Complexo de Édipo e castração, necessitamos pausar temporariamente a explanação acerca das fases do desenvolvimento da vida sexual na infância e nos direcionar para o entendimento dos termos supracitados.

Em relação ao Complexo de Édipo, Freud (1917b/1996), em sua Conferência XXI, afirmou que, ao mencionar o termo “Édipo”, os ouvintes poderão fazer alusão ao mito grego do rei Édipo, no qual o filho é fadado pelo destino a matar seu pai e desposar sua mãe. Após receber de um oráculo tal profecia, Édipo, apesar de seus muitos esforços contrários, fadou por cometer ambos os crimes, cegando-se numa tentativa de autopunição. Em situação semelhante se encontram os neuróticos, que são habitados por um sentimento de culpa cuja origem é ao mesmo tempo misteriosa e familiar. A fonte inconsciente desse sentimento misterioso reside, segundo Freud, justamente nas fantasias incestuosas e cruéis da infância, que são carregadas tanto de impulsos eróticos quanto de impulsos assassinos relacionados aos pais.

Freud (1917b/1996) declara que o primeiro objeto de amor do menino é a mãe e que ele luta para ter esse amor correspondido. Em outras palavras, a formulação típica da situação edípica masculina pode ser resumida a desejos criminosos de incesto com a mãe, acompanhados do desejo de morte do pai, já que este representa um obstáculo e com frequência desperta no menino um desejo de livrar-se dele.

Ainda assim, a ausência de centralidade da organização infantil permite que o menino tenha afetos positivos por seu pai. Freud (1917b/1996) diz que a criança apresenta atitudes emocionais ‘ambivalentes’ (que em adultos conduziriam a um conflito). Nas meninas, a mesma situação está presente, porém com uma ligação mais afetiva com o pai e um desejo de eliminar a mãe. Também os irmãos não deixam de ser incluídos em formas ambivalentes nas fantasias da criança.

A ambivalência da sexualidade aponta para um segundo fator, que a vida erótica é originalmente bissexual. O menino, que odeia o pai e que toma por objeto de amor a mãe, também se comporta como menina, demonstrando uma atitude afetiva feminina para com o pai e hostilidade para com a mãe. Este elemento complicador posteriormente repercutirá na

escolha de objeto sexual e nas identificações futuras dos sujeitos (FREUD, 1923/1977).

Assim como há distinção na elaboração do Complexo de Édipo nas crianças de sexo feminino e de sexo masculino, a percepção de que há divergência entre seus órgãos genitais têm repercussões diferenciadas para as meninas e para os meninos. A isso Freud (1905/2006) nomeia de Complexo de Castração. Em princípio, o menino pressupõe que todas as pessoas que conhece têm um órgão genital igual ao seu e que o utilizam como principal objeto autoerótico, isso os impossibilita de imaginar a ausência do pênis em seus semelhantes. Essa convicção é fortemente sustentada e defendida pelos meninos até o momento em que, depois de acurada observação, notam por distinção que as meninas padecem da ausência do pênis. Tal experiência, juntamente com as ocasionais ameaças de castração feitas pelos pais, ratifica no menino a ideia de que pode perder seu órgão (FREUD, 1909/1990). Em contraposição, a menina assume, desde o momento em que se depara com o órgão sexual masculino, que eles têm constituições diferentes. Ela se sente tomada pela inveja do pênis, que culmina, segundo Freud, num sentimento de inferioridade e no desejo de ser um menino, que posteriormente se transformará em um desejo de ter um menino (FREUD, 1905/2006).

As fantasias decorrentes das investigações infantis cumprem nesse momento a função de realizar os desejos, na medida em que as crianças (de ambos os sexos) podem reorganizar suas percepções da realidade, manipulando suas angústias e incertezas. As fantasias têm estreita relação com o Complexo de Édipo e estão intimamente ligadas ao desejo e à sexualidade. “A castração e a diferença sexual são traumas estruturais que substituíram o trauma da sedução” (FAVERO, 2009, p. 34). Por “traumas estruturais” Favero se refere aos traumas constituintes, isto é, às experiências traumáticas que colaboram para o fortalecimento e para a constituição do psiquismo²².

Por ser forçada pelo medo de castração a abdicar de sua sexualidade, a criança entra em um período chamado por Freud de fase de latência, situado antes da puberdade e no qual há um retrocesso e uma parada no desenvolvimento sexual. Não há obrigatoriedade da ocorrência deste período. “A maior parte das experiências e dos impulsos mentais anteriores ao início do período da latência agora sucumbe à amnésia infantil – o esquecimento (...) que nos oculta nossa primeira juventude e nos torna estranhos a ela” (FREUD, 1917b/1977, p. 331). Nesta etapa há a supressão da vida sexual, sendo que não podemos desconsiderar a relação da amnésia com este período específico do desenvolvimento sexual, isso se dá devido ao recalque, assunto que abordaremos oportunamente. O equilíbrio dessa fase de latência é

²² Tal noção também será retomada no final da próxima seção.

concretizado quando o Complexo de Édipo é reprimido.

Quando há a dissolução do Complexo de Édipo (início da fase de latência), as diferentes formas de satisfação pulsional se organizarão de maneira a produzir uma identificação paterna e outra materna. No caso dos meninos, a paterna preservará a relação de objeto com a mãe, derivada da forma normal ou positiva do Complexo de Édipo, e a materna manterá, ainda que apenas inconscientemente, a relação de objeto com o pai, esta derivada da forma invertida ou negativa do Complexo de Édipo. Nas meninas, a dissolução normal do Complexo ocorre de maneira oposta, havendo identificação com a mãe e permanecendo inconsciente a identificação com o pai (FREUD, 1923/1977).

Freud (1913-1914/1976) atribuiu uma universalidade ao Édipo, mencionando sua função na origem da civilização e da cultura, representada no assassinato coletivo do pai da horda. Em seu ensaio “Totem e Tabu” Freud aborda a história mitológica e primeva de um pai violento que tem para si todas as mulheres da horda e que expulsa seus filhos quando eles crescem. Motivados pelo ódio, os filhos homens que foram expulsos decidem se unir e enfrentar o pai carrasco. Eles o assassinam e o devoram. A partir disso, assumem para si a identificação com esse pai invejado e poderoso, colocando-se no lugar dele. Em contrapartida, sentem-se culpados, pois também admiravam o pai da horda. Essa ambivalência conduz a uma idealização do pai, o agora venerado fundador do grupo. O mito do assassinato do pai da horda representa, para Freud, o processo de fundamento da civilização, pois é o remorso que funda a interdição do incesto e a proibição do assassinato entre irmãos. Dessa maneira é possível conceber que a civilização foi estruturada a partir de um trauma: a morte do pai e a culpa daí advinda.

A dissolução do Complexo de Édipo e o recalçamento do desejo de morte do pai operacionalizam então a inauguração de uma instância, o Supereu, que possui um papel fundamental nas lutas que o indivíduo irá travar doravante com suas pulsões sexuais.

Cabe então aqui apresentar a conceitualização das três instâncias do aparelho psíquico – Eu, Isso e Supereu²³ – para que possamos compreender sua participação na dinâmica das formações traumáticas. Conforme exposto por Freud na obra “Ego e Id”, de 1923, a premissa fundamental da psicanálise é a divisão do psiquismo, expressa na distinção entre vida mental

²³ Os termos *es*, *ich* e *uberich* apareceram originalmente nas traduções para países de língua inglesa nas respectivas formas latinas *id*, *ego* e *superego*. A exemplo das traduções recentes para o português, optamos pela utilização das expressões *Isso*, *Eu* e *Supereu* no lugar das formas latinas.

consciente (Cs.) e inconsciente (Ics.), segundo a qual apenas as ideias conscientes seriam acessíveis ao Eu.

A consciência está, portanto, ligada ao Eu, instância mental que deve ser entendida como uma organização coerente de processos mentais, que controla a motilidade, ou seja, à descarga de excitações para o mundo externo. O Eu supervisiona seus próprios processos constituintes e as repressões procedem dele (FREUD, 1923/1977).

A outra parte da mente, inteiramente inconsciente, é nomeada Isso. O Eu e o Isso se confundem, pois, como mostrou exaustivamente Freud, o Eu deriva do Isso. Mais propriamente, ele é a parte do Isso que foi modificada pela influência direta do mundo externo e constantemente procura usar dessa influência para direcionar o Isso. O Eu representa o senso comum e a razão, em contraste com o Isso, fonte das paixões. O Eu esforça-se para substituir o princípio do prazer (que predomina no Isso) pelo princípio da realidade (FREUD, 1923/1977).

O Supereu aparece como a instância que veicula os ideais do Eu. Tais ideais são construídos sobre as representações paternas e maternas e operam como um direcionador dos objetivos sexuais do Eu. Essa instância psíquica representa uma formação reativa enérgica contra as primitivas escolhas objetais do Eu, que são motivadas pelo Isso. O Supereu é denominado por Freud como herdeiro do Complexo de Édipo (FREUD, 1923/1977) e, desse modo, é paradoxalmente originário das mais antigas relações objetais do indivíduo. Constitui-se a partir da dominação do Eu sobre o Complexo de Édipo, renunciando à satisfação dos desejos edípicos e colocando um basta na amoralidade do Isso.

Esse desfecho da atitude edipiana fará com que usualmente ocorra na menina a identificação com a mãe, de maneira análoga ao que comumente acontece com o menino em relação ao pai. Ambos, ao se identificarem, introjetam as exigências morais e proibições de seus pais. O Supereu é, portanto, o representante das primeiras identificações do sujeito, ou seja, a introjeção da relação com seus pais.

Enquanto a criança é pequena os pais são mais fortemente admirados e temidos, mas, à medida que o indivíduo cresce, essas identificações estarão presentes e manifestarão seus efeitos nas próximas relações que o sujeito estabelecer. Freud anuncia que quanto mais poderoso for o Complexo de Édipo e quanto mais rapidamente sucumbir à repressão, mais severa será a dominação posterior do ideal do Eu (constituído a partir da castração, como será visto no capítulo sobre o trauma) sobre o Eu, podendo se apresentar como consciência e como representante de tudo que é esperado da mais alta natureza do homem, tudo isso à custa do

estabelecimento definitivo de um sentimento de culpa, que surge da tensão entre as exigências da consciência e os desempenhos concretos do Eu. A intensidade da tensão será proporcional à intensidade dos afetos em jogo na relação edípica. Assim, a instância do Supereu compreende o aspecto da severidade e crueldade do sujeito, bem como da proibição.

Dadas as relações do Supereu com os complexos de Édipo e de castração, Freud (1923/1977) declara que a questão da proibição está relacionada à barreira do incesto, sendo o Supereu, portanto, um representante da castração. O Supereu seria constituído mediante as imagens dos objetos temidos, somado à hostilidade recalcada das imposições da civilização. A importância do Supereu para a civilização já foi assunto abordado neste capítulo, por isso podemos retornar para os desdobramentos da teoria freudiana no que tange à infância e a adolescência.

Freud, em 1909, inicia a análise de uma criança de quatro anos de idade, de nome Hans, algo que até então era inédito para a psicanálise. Freud nos apresenta um caso clínico de fobia infantil, no qual o menino deslocou para um objeto do mundo externo (um cavalo) todo seu temor da castração. Vale dizer que todas as intervenções não foram realizadas diretamente por Freud, mas sim pelo pai do menino. Mesmo assim foi possível que Freud fizesse as suas associações e com isso, deu o pontapé inicial ao tratamento psicanalítico com crianças.

Já em relação ao atendimento para adolescentes, o pontapé inicial foi dado por Freud apenas em 1920, ao escrever “A psicogênese de um caso de homossexualidade feminina”, conhecida mundialmente como “O caso da jovem homossexual” (1920b/1996). Trata-se de uma jovem de 18 anos com dificuldades e limites específicos que fizeram Freud desistir do atendimento. Os pais dela procuraram por Freud anunciando o interesse em reverter o homossexualismo da filha, a qual havia tentado o suicídio após encontrar o pai estando na companhia de uma senhora, a quem diziam ser objeto de seus interesses sexuais. Freud, após interpretar os sonhos da jovem, desistiu do tratamento e a encaminhou para outra analista, pois analisou que o fato de ele ser homem agravava a falta de comprometimento dela para com o tratamento psicanalítico, bem como havia por parte da jovem total falta de desejo para mudar seu comportamento sexual. A partir deste caso clínico, Freud se deparou com particularidades da clínica com adolescentes, as quais estão presentes na prática clínica de psicanalistas até os dias de hoje e serão apresentadas a seguir.

O conceito de adolescência que seguimos nesta dissertação é o proposto por Jean-Jacques Rassial (1999), ou seja, de um período de funcionamento psíquico ordenado por um momento lógico, que pode estar presente em qualquer momento da vida do sujeito. Não está

restrito a qualquer faixa etária. Trata-se de uma ruptura, na qual o passado muda de valor, o presente muda de qualidade e o futuro, de sentido. É um momento marcado por uma modificação sintomática ou sintomas específicos não redutíveis à patologia de adultos ou de crianças. Neste momento, o Édipo será ressignificado, atravessado pela puberdade e pelas exigências do social, o Édipo reaparecerá transformado.

Dantas (2002) faz uma importante articulação entre a teoria de ressignificação edípica de Rassial e a teoria dos dois tempos do trauma²⁴. Apresenta que no primeiro tempo ocorre a estruturação psíquica do sujeito por meio do Complexo de Édipo, seguida pelo período de latência, para então se constituir a adolescência. Esta, tem a função de segundo tempo, compreendida como o momento de revivência e ressignificação edípica. Este segundo tempo, poderá então, ser um momento de pura repetição, ou seja, de manifestações patológicas, como também ser um momento de abertura e elaboração, permitindo ao sujeito historiar o seu passado.

Ainda sobre a adolescência, Roussillon (2007, p. 201) menciona que:

No momento da adolescência, a emergência de experiências e sensações corporais possuindo uma ‘potencialidade orgásmica’ agirão como uma espécie de despertar e de ‘revelação *après-coup*’ do segredo do enigma que ficou latente durante a infância, ou seja, agora o adolescente com seu corpo maduro e capaz de prazer orgásmico, sabe do que se trata a sexualidade adulta. É esse o sentido mais fundamental da noção psicanalítica do ‘*après-coup*’, alguma coisa que está lá desde muito tempo, se revela ou muda de sentido em função de uma experiência posterior.

Tanto Dantas (2002), quanto Roussillon (2007) estão apresentando a adolescência como possível segundo tempo do trauma psíquico, a partir da revelação da sexualidade adulta, ou seja, algo que estava interno desde sempre e que a partir de uma experiência posterior se revela ou até muda de sentido.

Rassial (1999) fala sobre a adolescência se inscrevendo como uma história, onde fenômenos ocorridos na infância são revividos na adolescência como dificuldades e na vida adulta são marcas remanescentes passíveis de serem reavivadas. Ele aponta que na adolescência de hoje, os problemas tidos como específicos são os que extrapolam o âmbito familiar, entre eles: os distúrbios alimentares, a toxicomania, o suicídio e a delinquência,

²⁴ Este tema será explorado no capítulo sobre trauma, todavia não poderia deixar de ser mencionado neste momento, mesmo que de forma superficial e prematura, devido à importância para esta dissertação e para a discussão em questão.

todos eles são riscos que remetem a um mal-estar da cultura, ao invés de um mal-estar individual, ao questionar o laço social como princípio constitutivo da sociedade.

Tais ‘problemas’ (sintomas) apresentados pelos adolescentes, quanto os pertinentes às crianças, demandam especificidades em seus tratamentos psicanalíticos. A seguir serão apresentadas brevemente algumas diferenças metodológicas da psicanálise direcionada a crianças e adolescentes, as quais foram embasadas na obra “Psicanálise com crianças” de Teresinha Costa (2010);

a) Hermione von Hug-Hellmuth – para elaboração de situações traumáticas utiliza-se de jogos e desenhos, o seu método consistia na interpretação do material inconsciente combinado com direcionamentos pedagógicos;

b) Anna Freud mencionou sobre casos de crianças que sofriam maus-tratos por seus pais, a essas ela prestava sua comoção e se aliava; também desempenhava um papel ativamente pedagógico na análise;

c) Melanie Klein – fundou a técnica da análise pela atividade lúdica com crianças, retratou o brincar como expressão simbólica das fantasias inconscientes. Para ela, a prática psicanalítica com crianças e com adultos repousa sobre o mesmo corpo teórico: o inconsciente, a transferência e a pulsão, se distinguindo apenas em seu método. Seu principal instrumento é a interpretação, a qual é dada diretamente à criança;

d) Donald W. Winnicott – propôs uma nova abordagem concernente aos pacientes (sejam adultos ou crianças), na qual o analista deve similar o papel de mãe, conceituado por ele como *holding*. No caso do adulto, deve ser estabelecida uma relação íntima e compartilhada entre dois psiquismos, já no caso das crianças, o encontro deve ser espontâneo, não tendo a obrigatoriedade de se estabelecer uma demanda de análise e nem da elaboração de interpretações. Winnicott preferia desenhar com a criança, lhe fazendo perguntas e sugestões;

e) Françoise Dolto – em sua prática clínica valorizava o ambiente familiar da criança. Para ela, nos casos de crianças que não atingiram o Édipo, o trabalho consiste em compreender como está se desenvolvendo a relação entre mãe/filho e pai/filho. Seus principais instrumentos eram a fala, o desenho e a modelagem. Ela introduziu o pagamento simbólico das sessões (por exemplo, pedrinhas ou embrulhos de papel) posicionando a criança como sujeito desejante e responsável pelas suas dificuldades;

No que tange aos adolescentes, o trabalho se desenrola no campo da linguagem, todavia também tem as suas peculiaridades. A primeira delas é que dificilmente o adolescente chega para a análise por uma demanda que é dele próprio, é muito mais comum que os adolescentes apresentem demandas dos seus responsáveis, tornando o trabalho inicial do

analista ‘separar demandas’, um processo imprescindível e muitas vezes, longo. Outra especificidade é a constante presença dos pais no processo analítico, colocando o analista na posição de acompanhar estes pais ou responsáveis pelo adolescente.

Também há uma importante distinção para a psicodinâmica dos adolescentes acerca da passagem ao ato ou do *acting-out*, este indica a existência de algo que desaparece na cadeia associativa para se deixar transparecer por meio de um fazer, de um agir, enquanto que aquele, é reconhecido pela psiquiatria e expõe que a ação humana não visa o bem-estar e que não obedece ao princípio do prazer (COUTINHO, 2006).

No contexto das demandas de atendimento psicanalítico para crianças e para adolescentes, a violência é algo comumente presente. São muitos os casos de adolescentes que sofrem ao serem discriminados na escola ou dentro do próprio seio familiar; são diversas as crianças que sofrem de enurese noturna após terem presenciado alguma situação de assalto ou de furto e também são incontáveis as crianças que tiveram alguma experiência sexual precoce.

Voltemos então à questão sobre qual o estatuto da violência. Se na seção anterior apresentamos que violência é quando há um desejo de destruição, será que isso é suficiente para definir o que é a violência contra crianças e adolescentes? Por exemplo, será que um senhor de idade ao ter relações incestuosas com a sua filha e com a sua neta está seguindo o seu desejo de destruí-las?

Lima (2011), em seu trabalho “O abuso sexual infantil à luz da transmissão psíquico-geracional” faz uma brilhante discussão acerca do que considerar violência em situações incestuosas, tomando sempre o cuidado para que a interpretação que se tenha socialmente não seja equivocada, pois seguindo os preceitos psicanalíticos a criança ou o adolescente que foi violentado deve ser responsabilizado dentro do seu próprio problema, sem culpabilização ou vitimização.

Em relação à vitimização, a sociedade deve tomar cuidado para não oferecer ao indivíduo violentado a posição de vítima. O indivíduo, estando ou não na infância e na adolescência, pode não interpretar a experiência que viveu como violenta, porém a sociedade em que está inserido pode significá-la dessa maneira, e com isso, estar lhe oferecendo um lugar potencialmente traumático. Ao mesmo tempo, a sociedade não pode se eximir da responsabilidade de zelar pelos direitos dos indivíduos e garantir que os impulsos agressivos sejam desviados para outros meios que não a violência e para isso, é preciso que nomeie o que é violento ou não (e não o que é traumático para cada indivíduo). Por exemplo, o estupro é socialmente conceituado como violência porque não é admissível o uso do corpo do outro desta forma e isso independe de ser visto como traumático ou não para o sujeito estuprado.

Precisamos do conceito social de violência, segundo as normas que regem a sociedade porque este conceito é o que regula as relações e determina a Lei, permitindo o laço social.

Diante disso podemos expor que há dificuldades no diálogo de interface entre o social e o indivíduo, pois embora eles não sejam separáveis e nem possam ser, possuem especificidades a serem consideradas neste processo de compreensão da violência e principalmente, na constituição do trauma psíquico. Em suma, a sociedade pode inferir o que é violento para o indivíduo, considerando, inclusive que isso pode ser potencialmente traumático, porém, não pode determinar o que é traumático sem considerar seus aspectos subjetivos.

Também não devemos desconsiderar que a própria sociedade tem dificuldade em esclarecer e clarificar o que é a violência; assim, como iniciamos este capítulo apresentando as dificuldades para conceituação deste tema, da mesma forma encerraremos este capítulo. Conforme o “Mapa da violência 2011 – os jovens do Brasil”:

Ainda que existam dificuldades para definir o que se nomeia como violência, alguns elementos consensuais sobre o tema podem ser delimitados: a noção de coerção ou força; o dano que se produz em indivíduo ou grupo de indivíduos pertencentes à determinada classe ou categoria social, gênero ou etnia. Concorde-se [...] com o conceito de que há violência quando, em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (WASELFISTZ, 2011, p. 9).

A partir desta citação é importante apenas acrescentarmos que nesta dissertação não entendemos a violência apenas a partir da interação entre indivíduos, pois a autoagressão (ou seja, violência praticada do indivíduo contra ele próprio) também está presente nos casos clínicos que serão apresentados oportunamente.

Por fim, devemos dizer que neste trabalho não tivemos o objetivo de identificar ‘quando’ ou ‘o quê’ é violentador, muito menos desqualificar os trabalhos feitos nas diversas áreas em prol de crianças e dos adolescentes. O que pretendemos com essa pesquisa foi analisar, sob a ótica da psicanálise, sob qual condição algo tido como violento torna-se destruturante psiquicamente e lhe é atribuída a condição de traumático. Além disso, a proposta foi contribuir com as práticas já existentes lhes oferecendo outra possibilidade de encarar o problema da violência.

No capítulo a seguir, apresentaremos as construções teóricas de Freud e Ferenczi acerca da teoria do trauma, objetivando aproximar os conceitos ‘violência’ e ‘trauma’, seguindo a pergunta de pesquisa desta dissertação.

3 O TRAUMA PSÍQUICO

Partindo do entendimento de que para alguns sujeitos as experiências de violência são potencialmente traumáticas, bem como de que há certos momentos de funcionamento psíquico do sujeito, como a adolescência, que também podem incitar a constituição do trauma psíquico, a partir de agora apresentaremos conceituações teóricas importantes sobre tal temática. Começamos este capítulo com uma citação de Ana Maria Rudge, na qual expressa a relevância do tema na sociedade atual:

O trauma psíquico tem merecido, das mais diversas disciplinas, atenção cada vez maior. A ampliação do estudo e da pesquisa sobre o tema nos dá uma boa medida da importância e do interesse que ele adquire na atualidade (RUDGE, 2009, p. 07).

A etimologia da palavra “trauma” faz menção à medicina e à cirurgia. Em grego *τραυμα* denota “ferida”. A partir de sua raiz indo-europeia *terá* ora significa “friccionar”, “ferir”, ora “passar através”, “transparecer”. No plano da medicina, a palavra trauma designa lesões no corpo causadas por fatores externos, enquanto que na psicopatologia refere-se a acontecimentos que rompem radicalmente com um estado do psiquismo, provocando desordem nas formas habituais de funcionar e compreender e impondo difícil trabalho na construção de um novo arranjo do mundo (RUDGE, 2009; FAVERO, 2009).

O que torna algo traumático é o significado que lhe é atribuído. É o contexto que normalmente caracteriza a significação de uma experiência, ainda que no momento o sujeito desconheça as implicações que ela terá em sua história. “Essa representação com ou sem sentido é fundamental na compreensão do que se tornará um colapso na vida do sujeito” (CREMASCO, 2008, p. 228).

No caso dos sujeitos dessa pesquisa, os Conselheiros Tutelares atribuíram o significado de ‘violência’ às situações que eles viveram, os Conselheiros significaram que essas ‘violências’ cometidas por algum membro familiar eram ‘ilegais’ e contrárias à garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Além deles, outros membros da sociedade atribuíram o mesmo significado, pois algumas ocasiões foram ‘denunciadas’ ao Conselho Tutelar por membros da sociedade. A repercussão que isso terá na vida de cada um deles, só eles mesmos é que poderão dizer. Contudo, o que podemos afirmar é que de alguma forma

eles terão que se posicionar diante desse lugar identificatório que o social lhes dá no momento em que lhes é reconhecido que foram ‘violentados’.

Fala-se em traumatismo se algo provoca surpresa cataclísmica e que submerge o sujeito, derrubando-o e levando-o para onde ele não queria ir. O acontecimento que evoca o trauma se impõe e o desorienta, todavia, o sentido que a ele é atribuído depende da história do sujeito (CYRULNIK, 2005). Em outras palavras, nem toda situação abrupta precisa culminar em uma formação traumática para um sujeito, por mais que a sociedade a considere como tal. A violência contra crianças, por exemplo, a despeito de seu caráter negativo, nem sempre será condição compulsória para a formação de um trauma, ainda que a sociedade tenda a julgá-la como tal.

A constituição de um trauma psíquico, para a psicanálise, requer dois momentos para se estabelecer, o “golpe” e a representação do golpe, ambos intercalados por um período de latência. A isso se denomina, em francês, *après-coup*²⁵, em alemão, *nachträglichkeit* e, em português, “só depois”.

(...) Essa dupla determinação do passado sobre o presente e do presente sobre o passado podemos dizer que é apenas no momento do *après-coup*; posteriormente, que o *coup*, como golpe, se torna um trauma e produz seus efeitos (CREMASCO, 2008, p. 230).

A introdução precedente visou situar o leitor diante da teoria do trauma, tendo em vista sua complexidade. A seguir, será apresentado o percurso teórico adotado para se chegar a tal conceituação.

3.1 Sigmund Freud e o trauma psíquico

Passaremos agora ao conceito de trauma nas obras de Freud entre os anos 1885 e 1897. Entre 1885 e 1886, Freud (1856/1990) foi à Paris para estudar com Jean-Martin Charcot no hospital *Salpêtrière*, com a pretensão de aprender sobre a anatomia do sistema nervoso.

²⁵ Alguns autores, tais como Jacques André (2008, p. 142), questionam as traduções deste termo para outras línguas que os colocam numa temporalidade não específica da psicanálise: “O *après-coup* é uma noção em tensão, condensando duas dimensões que só querem afastar-se uma da outra. De um lado, a violência traumática, do outro, a sutileza de uma reinscrição, a complexidade de um significado remodelado”.

Todavia, tal experiência conduziu seu interesse aos problemas do hipnotismo e da histeria. Percebeu haver uma grande semelhança entre os sintomas histéricos e os causados por lesões neurológicas anatômicas, com a diferença de que, no primeiro caso, não havia manifestações físicas detectáveis subjacentes aos sintomas. Charcot atribuía à herança familiar a principal causa da histeria, entendia que nos pais ou em outros familiares de pacientes histéricos obrigatoriamente havia casos de afecções nervosas das mais diversificadas ordens (FREUD, 1886/1990; 1893b/1987).

Em princípio entendia-se que a histeria era causada por uma irritação nos órgãos sexuais femininos, posteriormente percebeu-se que os sintomas histéricos também eram frequentes nos homens, o que fez com que essa concepção fosse reformulada. Charcot compreendia que havia ‘agentes provocadores’, hereditariamente predispostos, para desencadear os sintomas histéricos. E dentre os possíveis agentes provocadores situava-se o trauma psíquico, conceituado como um choque acompanhado por emoções intensas que, em situações de fragilidade do sistema nervoso devidas a doenças ou situações adversas, teria seus efeitos potencializados (FREUD, 1893a/1990).

Charcot centrava os seus trabalhos em pacientes cujos sintomas surgiam após graves traumas, ou seja, como resposta às experiências ditas traumáticas. A partir dessa analogia Freud relacionou a noção de trauma com manifestações psicopatológicas.

Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto – o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelaram para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada (FREUD, 1940-1941 /1990, p. 23).

Freud assinala que nos ataques histéricos aparecem lembranças alucinatórias de circunstâncias que são relevantes para o desencadeamento da doença. O conteúdo dessas lembranças pode ser um trauma psíquico. A irrupção dos ataques histéricos seria uma tentativa de completar a reação ao aumento de excitação do sistema nervoso, já que esse sistema nervoso não conseguiu extingui-la pela via motora ou por associação (FREUD, 1893a/1990).

Charcot permaneceu pesquisando sobre as paralisias traumáticas, tidas até então como causadas por lesões no sistema nervoso, mencionando divergências entre paralisias orgânicas e histéricas e admitindo que apenas nas orgânicas havia lesão anatômica. Freud dedicou-se a aprofundar essa diferença e definiu que as paralisias orgânicas obedeciam ao corpo conforme a lógica do sistema nervoso e as paralisias histéricas seguiam a lógica da concepção popular do que é corpo, ou seja, segundo percepções visuais e táteis e não anatômicas, por exemplo.

Partindo da sugestão hipnótica, Charcot teve sucesso em produzir em pacientes paralisias histéricas iguais às traumáticas, evidenciando que a formação de sintomas traumáticos dependia de um ‘estado hipnoide’, no qual as pessoas sucumbiriam espontaneamente e depositariam em suas mentes ideias ‘parasitas’ que se expressavam de forma motora (RUDGE, 2009).

Em suma, os experimentos de Charcot demonstraram que, por meio da hipnose, era possível produzir sintomas idênticos aos da histeria desencadeada por um trauma. Os sintomas eram suscetíveis às ideias, de modo que uma ideia poderia provocar um sintoma semelhante ao sintoma histérico e o trauma poderia induzir a uma ideia tal como, por exemplo, a impotência de um órgão. Devido ao ‘choque’, essa ideia poderia encontrar recursos para se fixar no organismo.

Conforme a teoria que Freud posteriormente desenvolveu com o auxílio de Breuer, os histéricos se curavam dos seus sintomas a partir do estado hipnótico, ao recordarem e reproduzirem os fatos traumáticos que aconteceram em suas vidas e que, desde então, passaram a alimentar os sintomas. O procedimento de provocar a cura por reprodução da experiência traumática durante estado hipnótico recebeu o nome de método catártico.

A experiência traumática é dissociada da lembrança que a causou, segundo Freud e Breuer, graças à intensidade das emoções envolvidas na situação que, por circunstâncias adversas, não puderam ser adequadamente expressas. A partir de então, a ideia dissociada carrega um afeto estrangulado e age no psiquismo de maneira estranha, provocando emoções anormais, tais como as expressas nos ataques histéricos. Apenas quando a memória do trauma volta a integrar-se às demais, a dissociação é desfeita e a lembrança do trauma torna-se consciente a ponto de as emoções serem manifestadas corretamente (FREUD, 1940-41/1990).

Do ponto de vista econômico, entende-se o mencionado acima como uma ausência de *ab-reação* de um afeto que permanece estrangulado. Conceitua-se *ab-reação* como uma descarga emocional pela qual o afeto ligado à lembrança traumática é liberado, permitindo que a lembrança, até então inconsciente, torne-se consciente (LEITTE, 1979). O afeto

estrangulado é vivido como desprazer que economicamente afeta de modo inadequado a homeostase do aparelho psíquico.

Freud delimitará que a natureza do acontecimento traumático pode excluir uma *ab-reação* completa. São dois fatores que caracterizam um acontecimento como potencialmente traumático: (1) circunstâncias sociais que não permitam ao sujeito ab-reagir no momento e (2) conflitos psíquicos que interfiram na integração da experiência ocorrida na vida psíquica do sujeito (FAVERO, 2009).

O trauma psíquico designava até então a ocasião em que uma ideia se tornou patológica ou, em outras palavras, uma ocasião em que ocorreu uma cisão psíquica durante a assimilação da experiência. Mas por que a memória do trauma era dissociada? Essa foi uma questão que trouxe divergências entre Breuer e Freud, pois entendiam que muitas pessoas tinham experiências traumáticas, mas apenas algumas delas desenvolviam sintomas histéricos. Para Breuer, a memória foi dissociada porque aconteceu em um estado alterado da consciência, enquanto que para Freud, a memória dissociou-se como uma forma do indivíduo defender-se do conflito que a representação da experiência lhe causava.

Freud (1893a/1990) percebeu, durante o atendimento clínico da paciente Emmy Von N., que inquietações psíquicas poderiam ter origens traumáticas. Mediante a atuação de uma ideia aflitiva, os sintomas histéricos poderiam se apresentar. Foi a partir desse posicionamento teórico que Freud delimitou que a origem de todo sintoma neurótico reside em um conflito psíquico.

Freud (1896a/1996) elaborava sua teoria em um período, final do século XIX, marcado pela repressão sexual, momento no qual chegavam à sua clínica pacientes com conflitos psíquicos causados por acontecimentos traumáticos de cunho sexual. Isso o levou à conclusão de que o trauma que originaria a neurose seria de ordem sexual. Para ele, a ocasião traumática derivava-se de um fato de real ou, mais especificamente, de um adulto seduzindo uma criança. Freud acreditava que a lembrança dos traumas que as crianças viveram em relação as relações incestuosas é tão árdua que todas elas a esquecem (a recalcam). Todavia, por mais que o psicanalista procurasse por esse trauma e por uma lembrança, mais lhe parecia retroceder a um momento longínquo. “Assim a importância da infância na determinação do psiquismo adulto, uma intuição fundamental da psicanálise, fazia sua primeira aparição” (RUDGE, 2009, p. 19).

Para responder aos seus questionamentos clínicos e melhor explicar a concepção de sexualidade e trauma, Freud instaura a já mencionada noção de *Nachträglichkeit* ou *Après-coup*, que aqui traduzimos como ‘só depois’ ou *a posteriori*. Essa noção pressupõe, como

sabemos, dois tempos. No primeiro, que ocorre na infância, o sujeito sofre uma tentativa de sedução por parte de um adulto. No segundo tempo, que por sua vez usualmente acontece na puberdade, algum evento evoca a primeira cena, que agora pode ser compreendida em seu caráter disruptivo e só então surge o sintoma histérico. Nesse caso, a sedução infantil não teria efeitos imediatos, mas ‘só depois’, com a puberdade, quando vinculada à obrigatoriedade de uma experiência atual que fizesse a libido (energia sexual que impulsiona a vida) eclodir.

A temporalidade “só depois” ou “a posteriori” situa os sintomas como produções que se dão na intersecção entre presente e passado, como cristalizações pontuais em que as experiências recentes e infantis se encontram a partir de alguma analogia ou ponte (RUDGE, 2009, p. 22).

Entendendo que essa temporalidade do ‘só depois’ desorganiza a cronologia e confunde a representação comum de tempo, Jacques André faz a seguinte contribuição “[...] **tempo 1** é aquele que se dá *après-coup*, o segundo na ordem ‘cronológica’, porque é a partir dele que se abre a temporalização e se conjuga no passado o primeiro golpe. **O tempo 1** é o **segundo** golpe e o primeiro tempo” (2008, p. 142, grifo do autor).

A ideia de que o trauma se constitui em dois tempos nunca foi contestada por Freud, porém ele considerou que o primeiro tempo – ou segundo, na concepção de Jacques André – não necessariamente precisa ter sido uma experiência real, bastando que tenha sido fantasiada. Isso também não significa que tais fantasias tenham sido construídas durante a infância, pois podem ter sido alocadas em retrospectiva nas lembranças de vivências infantis, mesmo durante a vida adulta.

Retornando à Freud, em uma carta endereçada a Fliess, de 21 de setembro de 1897, demonstrou estar repensando a realidade da sedução traumática. Declarou que para ele a chave das neuroses histéricas não mais estaria nas seduições, mas sim nas fantasias (que são expressões dos desejos) produzidas pelos indivíduos. Não seria possível que todos os pais fossem perversos e abusassem sexualmente de seus filhos, mas sim que a sexualidade na infância fosse endereçada preferencialmente aos pais e que o trauma psíquico nada mais é do que uma cena fantasiada (FREUD, 1887-1904/1986).

Neste momento da obra freudiana o sentido etimológico do trauma deixa espaço para o que será denominado como realidade psíquica e para a função das fantasias inconscientes na constituição dos sintomas. Freud (1887/1986) anuncia que os analistas não devem se preocupar em delimitar se são reais ou fantasísticos os acontecimentos infantis relatados, o

que é importante é considerar que as memórias construídas *a posteriori* mantêm relações com traços de acontecimentos da infância e originam os sintomas.

Após o ano de 1897, Freud passou a considerar que vivências infantis fortuitas poderiam ser fantasiadas pela criança e interpretadas como sedução²⁶. Assim tais experiências poderiam participar de uma composição traumática sem a obrigatoriedade da existência de um acontecimento real. O trauma seria proveniente de fantasias que encobriam manifestações autoeróticas dos primeiros anos de infância. Alguns anos mais tarde, quando passou a formular a teoria do Complexo de Édipo, enquanto estrutura constituinte do aparelho psíquico, Freud reconheceu que desde muito novas as crianças têm atividades sexuais, que a princípio prescindem de estimulação exterior.

Em seu texto “Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses” (1906/1989) afirma que superestimou a frequência das situações de violência sexual cometidas por adultos contra criança e declara que não era capaz de estabelecer com segurança a distinção entre as ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. Desde então, entendeu que muitas das fantasias de sedução nos histéricos eram tentativas de rechaçar lembranças de suas próprias atividades sexuais (masturbação infantil). “[...] Caiu por terra à insistência no elemento ‘traumático’ presente nas vivências sexuais infantis, restando o entendimento de que a atividade sexual infantil [...] prescreve o rumo a ser tomado pela vida sexual posterior [...]” (FREUD, 1906/1989, p. 258).

Com isso, Freud (1906/1989) começa a questionar a ingenuidade das crianças, refletindo acerca da universalidade de experiências traumáticas na constituição das neuroses. Para ele, as fantasias estão presentes desde a infância e são ativadas retroativamente após a incidência de algum evento. Neste momento histórico, Freud pressupõe que a causação da doença – neurose – se dá pelo entrelaçamento de fatores hereditários e influências acidentais. Partindo deste ponto de vista, Freud começa a dar posição de destaque às respostas que o sujeito emite, ou seja, às reações dos próprios sujeitos diante de suas excitações sexuais.

A ideia de que a sexualidade já estava presente em crianças trouxe descontentamentos e oposições entre estudiosos da época. Rudge (2009) cita que até hoje há confusão frente ao conceito de sexualidade na concepção freudiana e no entendimento do senso comum.

²⁶ Freud escreveu ‘não acredito mais em minha neurótica’ em uma carta para Fliess (1897), admitindo a primazia da fantasia na neurose e renunciando o princípio de realidade psíquica. A partir de então, considerou que as histéricas não necessariamente haviam sofrido abuso por seus pais na infância, mas que fantasias de abuso poderiam ter sido construídas sobre experiências fortuitas na infância, tendo efeito de realidade para o psiquismo do paciente.

Segundo Freud (1920a/2010, p. 384): “[...] a ‘sexualidade’ deve ser entendida no sentido *lato* que é usual na psicanálise, não devendo ser confundida com a noção mais estrita de ‘genitalidade’”. Sendo assim, ressaltamos que para a psicanálise, ‘sexual’ e ‘genital’ não são sinônimos, e que, nesta abordagem teórica, a sexualidade estendeu o seu conceito a todas as diversas atividades que visam à obtenção de prazer.

Neste momento teórico, Freud já abandonou o trauma sexual da sedução e reconheceu o papel dos desejos e das fantasias sexuais infantis, assim sendo a sexualidade permanece como questão central na clínica e em suas considerações teóricas. Todavia, tendo em vista os acontecimentos históricos e políticos da ocasião (Primeira Guerra Mundial, 1914-1918), Freud fez novas considerações acerca de sua teoria do trauma, baseado na observação dos efeitos da guerra nos soldados, bem como dos atos de crueldade, injustiça e desrespeito às normas, cometidos por nações consideradas como as mais civilizadas. Passaremos a seguir a tais considerações.

3.1.1 Atualização sobre o trauma para as neuroses

Dentre os efeitos da guerra sobre a população, era notável o número de soldados que passavam a ser acometidos por neurose após terem entrado em combate, tornando-se incapazes de seguir suas vidas normalmente. Em sua “Conferência XVIII – Fixação em traumas: o inconsciente”, Freud (1917a/1996) retoma a questão do tratamento de duas pacientes histéricas atendidas por ele e por Breuer em períodos anteriores.

Tal contextualização se fez necessária devido à semelhança percebida pelo psicanalista entre os sintomas visíveis na histeria e os vistos nas neuroses que acometiam os soldados. Freud observou que, apesar das semelhanças, os sintomas psicopatológicos de tais sujeitos não se referiam a uma afecção histérica. A partir disso, estabeleceu uma distinção entre o que nomeou neuroses traumáticas e as demais neuroses:

As neuroses traumáticas não são, em sua essência, a mesma coisa que as neuroses espontâneas [histeria, neurose obsessiva e fobia] que estamos acostumados a investigar e tratar pela análise; até agora, não conseguimos harmonizá-las com nossos pontos de vista, e espero, em alguma época, poder explicar-lhes a razão desta limitação. No entanto, num aspecto devemos insistir em que existe completo acordo entre elas. As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático (FREUD, 1917a/1996, p. 282).

Até então se considerava que a fixação da libido se dava apenas durante as fases do desenvolvimento infantil. Nas neuroses traumáticas, foi possível constatar uma fixação no momento presente, isto é, no acidente traumático atual. Os pacientes traumatizados repetem com alguma frequência, principalmente em seus sonhos, a situação traumática que vivenciaram.

Para Freud (1917a/1996), essa repetição do trauma psíquico corresponde a uma fixação na situação traumática, como se o paciente ainda estivesse enfrentando em seu psiquismo uma tarefa não concluída, tal qual a guerra, ao mesmo tempo em que se poupa de voltar a enfrentar a situação na realidade. Tal leitura do processo traumático aponta para uma preponderância do aspecto econômico dos processos mentais, ou seja, uma experiência excessiva, isto é, que surge à mente em curto espaço temporal acompanhada por um acréscimo excessivo de estímulo, não consegue ser elaborada ou manejada da maneira usual (*ab-reagida*), podendo resultar em definitivas perturbações psíquicas.

No que diz respeito a essa fixação afetiva em algum momento do passado, Freud (1917a/1996, p. 283) ressalta “toda neurose inclui uma fixação desse tipo, mas nem toda fixação conduz a uma neurose, coincide com uma neurose ou surge devido a uma neurose”. Em muitas situações de luto, os sujeitos fixam-se emocionalmente ao falecimento, isso não quer dizer que tais sujeitos tenham adoecido, pois o fato de se alienarem temporariamente do presente e do futuro é tido como perfeitamente esperado, ao contrário dos casos em que o sujeito faz uma parada tão brusca em sua vida que chega ao ponto de abandonar todo o interesse por ela mantendo-se num luto patológico.

Em uma obra publicada posteriormente, intitulada “Introdução à psicanálise das neuroses de guerra” (1919/2010), Freud descreve suas considerações teóricas, referendadas no V Congresso Psicanalítico em Budapeste (setembro de 1918), acerca do trauma psíquico. Na ocasião estava sendo discutida a possibilidade de serem fundados Centros Psicanalíticos para o estudo das neuroses de guerra. Devido ao término da guerra, também quase desapareceram muitas das enfermidades desencadeadas por ela. Ainda assim, algumas constatações foram possíveis, dentre elas: a origem psicológica dos sintomas e a relevância dos processos inconscientes na constituição da doença.

Nessa obra, Freud (1919/2010) comenta a contribuição do psicanalista Ernest Jones, que sustenta que são as formas instituais sexuais que se manifestam na formação dos sintomas e que a neurose nasce do conflito entre o Eu e as pulsões sexuais por ele descartadas. Freud refuta essa formulação dizendo que essa parte da teoria não foi comprovada nas neuroses de

guerra, concluindo que “se o estudo das neuroses de guerra (...) não leva a concluir que a teoria sexual das neuroses é correta, isso é algo bem diferente de ele levar a concluir que essa teoria não é correta” (FREUD, 1919/2010, p. 385). Com isso, Freud aponta para a possibilidade de que, na formação das neuroses de guerra, esteja em causa algo mais que a sexualidade. Pode-se inferir disso a possibilidade de que as experiências traumáticas provoquem no psiquismo o rompimento de seu estado, por meio de uma situação de fora, que o invade e o desestabiliza.

Nas neuroses traumáticas e de guerra, o Eu do indivíduo se defende de um perigo que o ameaça desde fora, ou que é corporificado numa postura do próprio Eu; nas neuroses de transferência, o Eu torna sua própria libido como um inimigo, cujas reivindicações lhe parecem ameaçadoras. Em ambos os casos o Eu teme ser ferido: neste último pela libido; naquele, pelos poderes externos (FREUD, 1919/2010, p. 387-389).

Tanto nas neuroses de transferência quanto nas neuroses traumáticas, a base da formação sintomática possui relação com uma experiência de excesso, mas, se no primeiro caso a experiência é apenas potencialmente traumática, no segundo ela mostra seus efeitos pelos danos psíquicos imediatos. Ainda assim, neste segundo caso, o efeito traumático também depende da constituição psíquica do sujeito, pois uma experiência que é excessiva para um, não necessariamente é excessiva para outro.

O trauma é sempre o impacto de um, ou mais de um, acontecimentos sobre uma organização psíquica individual, considerando sua história passada e a interpretação que será feita do que aconteceu. Outra diferenciação reside no fato de que nas neuroses de transferência, se houver simbolização e assimilação lógica da experiência traumática, ela será inócua nos casos mais favoráveis e, nos menos favoráveis, deslocada para os sintomas. Nas neuroses traumáticas, a partir da experiência excessiva que viveu – um abuso, por exemplo – o sujeito que não puder a assimilar, ‘esquecer’ ou estabelecer significado, poderá ser impelido à repetição da situação traumática. Nesse caso, a repetição acontece como uma tentativa fracassada de dominar uma experiência que não foi assimilada, sendo diferente da repetição típica dos casos de histeria. Nessa, os sintomas são uma solução de compromisso entre o recalco e a satisfação, enquanto que no trauma isso não acontece, não há metaforização, o trauma é repetido e revivido como ‘ele é’, como um terror.

Em 1920, Freud publicou a obra intitulada “Além do Princípio do Prazer”, na qual retoma a questão das neuroses traumáticas. Nesse contexto, Freud destaca a importância do fator da surpresa, do terror e da angústia em seu desencadeamento e faz uma ressalva afirmando que terror, medo e angústia não são sinônimos. Por “angústia” devemos conceber “um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido” (1920a/2010, p. 169), enquanto que o estado de “medo” requer um determinado objeto, diante do qual o sujeito se amedronta, por fim o “terror” faz menção ao estado no qual o sujeito se encontra diante de uma situação gravemente ameaçadora. Ainda sobre essa característica, Freud enfatiza: “não creio que a angústia possa produzir uma neurose traumática; na angústia há algo que protege do terror” (1920a/2010, p. 169).

Quanto à experiência de terror característica das neuroses traumáticas, Freud (1920a/2010), recorrendo aos pacientes que viveram situações traumáticas e passaram a revivê-las em seus processos oníricos, afirma que a função dos sonhos, que nas demais neuroses é a de satisfazer os desejos inconscientes, nesses casos é desviada de seus propósitos, fazendo um retorno à situação do incidente e provocando a renovação e a repetição do sentimento de terror.

No que tange a essa repetição nos sonhos, Freud fala sobre uma compulsão à repetição, a qual traz à luz atividades reprimidas da pulsão, trata-se um desprazer que não contraria o princípio do prazer, pois ao mesmo tempo em que é desprazeroso para um sistema, é prazeroso para outro (FREUD, 1920/2010). Por um lado, a repetição serve para manter a experiência traumática como algo que nunca se esgota e nem se modifica, por outro funciona como mecanismo para que as experiências traumáticas, gradativamente, se integrem aos domínios do princípio do prazer.

A partir da compulsão à repetição, Freud declara que toda pulsão seria uma tendência ao restabelecimento de um estado anterior e como o estado anterior à vida é o estado inorgânico, as pulsões buscariam, o retorno a este estado. Freud utiliza das brincadeiras infantis para exemplificar o conceito de compulsão à repetição: “vê-se que as crianças repetem, brincando, o que lhes produziu uma forte impressão de vida [situação traumática], que nisso reagem e diminuem a intensidade da impressão e tornam-se, por assim dizer, donos da situação” (1920a/2010, p. 175). A repetição pode ser vista, portanto, como uma tentativa de dominação da angústia que, para Freud, é sediada no próprio Eu. Ameaçado por diferentes perigos, o Eu reage de modo a se proteger e utiliza a angústia como um sinal. Diante de situações como a separação da mãe protetora ou a ameaça de castração e/ou de morte, a angústia mobiliza o Eu para uma ação defensiva, protegendo-o do terror.

Com relação à angústia de separação, Otto Rank, psicanalista contemporâneo a Freud, escreveu em 1924 a obra “O traumatismo do nascimento”, na qual estabelece uma relação entre as primeiras fobias da criança e as impressões nela causadas pelo evento do nascimento. Para Rank, o trauma do nascimento é tão forte que muitos indivíduos, aqueles tidos como neuróticos, são incapazes de *ab-reagí-lo* inteiramente, ou seja, de darem um destino para o afeto da angústia proveniente do nascimento. Ele propõe que se utilize a técnica da psicanálise para conduzir o paciente até esse momento primordial, creditando a isso a possibilidade de resolução da angústia neurótica. Nesse sentido, a ocasião do término do tratamento faria alusão ao ato do nascimento (FREUD, 1926/1977).

Freud (1926/1977) analisa as ideias de Rank e declara que o autor não foi muito bem-sucedido em suas conceituações. Para Freud, é improvável que o feto seja capaz de vivenciar subjetivamente a experiência do nascimento e de utilizá-la em sua dinâmica futura. Ainda sobre as proposições de Otto Rank, Freud afirma:

Existem, além disso, certos exemplos de ansiedade²⁷ [angústia] infantil que contrariam diretamente sua teoria. Quando, por exemplo, uma criança é deixada sozinha no escuro, seria de esperar-se que ela, de conformidade com seu ponto de vista, recebesse de bom grado o restabelecimento da situação intrauterina: contudo é precisamente em tais ocasiões que a criança reage com ansiedade [angústia]. E se isto for explicado afirmando-se que a criança está sendo lembrada da interrupção que o evento do nascimento causou em sua felicidade intrauterina, torna-se impossível fechar os olhos por mais tempo ao caráter exagerado de tais explicações. Sou impelido à conclusão de que as primeiras fobias da infância não podem ser diretamente rastreadas em impressões do nascimento e que até agora não foram explicadas (1926/1977, p. 144).

Ao dizer que ainda não havia tido explicações adequadas acerca das primeiras fobias infantis, Freud estava introduzindo a questão da angústia diante do sentimento de falta de alguém ou do medo de perder uma pessoa amada. Freud compara tais sentimentos à angústia que é despertada na criança que se encontra sozinha no escuro, situação em que o anseio parece transformar-se em angústia. A imagem mnêmica que a criança tem da pessoa pela qual sente amor é intensamente catexizada, isto é, provida de muito investimento de energia libidinal, de modo que a possibilidade de perda da pessoa passa a ser muito custosa. A

²⁷ Optamos pela tradução “angústia” para o termo alemão *angst*, que na tradução utilizada acima, feita do inglês, aparece como “ansiedade”.

angústia expressa o sentimento da criança em sua desorientação, como se ela não soubesse de que modo lidar com a representação aflitiva. Trata-se de uma reação frente à perda sentida do objeto (FREUD, 1926/1977). Nesse ponto torna-se evidente que esse medo de perder o objeto de amor será somado à angústia de castração, pela qual o sujeito também teme ser separado de um objeto altamente valioso. A separação fantasiada nesse momento está intimamente associada a uma situação de desamparo.

A angústia de separação, que posteriormente soma forças com a angústia de castração, termina por estender-se a um temor pela própria vida, notadamente expresso, por exemplo, nas neuroses traumáticas. Freud (1926/1977) lamenta que pouco tenha sido possível explorar nos tratamentos de neuroses traumáticas que foram levados a cabo. De qualquer forma, considera que seja improvável que um evento por si só seja desencadeante de uma neurose e que a participação dos níveis mais profundos do aparelho psíquico seja desconsiderada. Para Freud, o medo da morte, nesses casos, deve ser interpretado como análogo ao medo da castração e a situação à qual o Eu está reagindo é a de ser abandonado pelo Supereu protetor, já que essa instância mental não o protege contra todos os perigos que o cercam. Freud reafirma que nas neuroses traumáticas o escudo protetor contra os estímulos externos é desfeito e quantidades excessivas de excitação incidem sobre o aparelho psíquico. Segundo Freud:

O perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego [eu] do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência (1926/1977, p. 142).

Como se pode perceber, as situações de perigo tendem a se modificar acompanhando o desenvolvimento do Eu, podendo residir lado a lado ou acontecer concomitantemente. O significado de uma situação de perigo, tanto externa quanto interna, varia conforme a estimativa do sujeito (adulto ou criança) ao comparar sua força física à magnitude do perigo. “O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça” (FREUD, 1926/1977, p. 162). A angústia possui, desse modo, um papel fundamental na manutenção da estabilidade física e também da estabilidade psíquica, de modo que se pode chamar de situação traumática aquela na qual o

Eu foi incapaz de proteger-se com a angústia de uma experiência excessiva.

Seguindo essa sequência, ansiedade-perigo-desamparo (trauma), podemos agora resumir o que se disse. Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo. A ansiedade [angústia] é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda. O ego [Eu], que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. É certo que as crianças se comportam dessa maneira em relação a toda impressão aflitiva que recebem, reproduzindo-a em suas brincadeiras. Ao passarem assim da passividade para a atividade tentam dominar suas experiências psiquicamente. Se isto é o que se quer dizer por ‘*ab-reação* de um trauma’ não podemos ter mais nada a incitar contra a expressão. (...) Mas o que é de importância decisiva é o primeiro deslocamento da reação de ansiedade [angústia] (FREUD, 1926/1977, p. 163).

Assim, para que um evento real excessivo – uma experiência de guerra, por exemplo – seja representado e dominado pelo Eu, ele precisa ser reconhecido como análogo a uma situação de desamparo vivenciada e, portanto, sinalizado com angústia. A falha desse mecanismo implica em uma desestruturação do Eu, que, como acontecia nos soldados vitimados, passa a repetir a experiência numa tentativa fracassada de dominá-la.

Nesse caso, vale lembrar, a repetição é de uma ordem diferente daquela expressa nos sintomas histéricos. Nestes últimos, a fantasia que lhes dá origem é repetida com o intuito de ser extraída dela uma satisfação inconsciente. Em outras palavras, nos sintomas, assim como nos sonhos normais, a fantasia se repete de modo disfarçado e já realizada. Em contrapartida, nas neuroses traumáticas, bem como nos terrores noturnos que frequentemente as acompanham, a cena se repete sem que se possa obter dela uma satisfação libidinal.

Em 1939, no texto intitulado “Moisés e o Monoteísmo”, Freud (1939/1996) sustenta que o trauma psíquico explica o movimento repetitivo encontrado tanto nas histórias individuais quanto na história coletiva. Freud define que não se deve, na etiologia das neuroses, fazer distinção entre quadros traumáticos e não traumáticos, pois todas as neuroses resultam de certas experiências e impressões que são, por questões constitucionais, excessivas. Em outras palavras, a etiologia de qualquer neurose deve ser entendida como traumática, resguardada a compreensão de que alguns traumas são constituintes e outros desestruturantes, resultando em diferentes tipos de repetição já apontados. Importante dizer

que é também no ‘só depois’ que poderemos dizer se o ‘golpe’ ou ‘trauma’ foi ou não estruturante. A castração e seus efeitos representam bem o que queremos dizer.

Um trauma na infância pode ser imediatamente seguido por um desencadeamento neurótico com excesso de esforços de defesa ou então pode se manter latente e não ser notado; pode durar um longo tempo ou então causar perturbações apenas temporárias. Via de regra, raramente uma neurose infantil prossegue sem nenhuma interrupção até uma neurose adulta.

Normalmente a neurose infantil é sucedida por um período de desenvolvimento aparentemente não perturbado, chamado de período latência, e posteriormente realiza-se a mudança na qual a neurose definitiva se manifesta. O tempo da latência é, portanto, o período que entremeia um acontecimento precoce depois esquecido e o posterior desencadeamento de uma doença.

Freud (1939/1996) diz que o trauma tem um efeito retardado (*après-coup*), pois há um intervalo entre o impacto de um acontecimento traumático e a manifestação sintomática. Usualmente este período acontece na irrupção da puberdade ou algum tempo depois, como já dito. Assim, Freud faz um breve esquema sobre o desenvolvimento de uma neurose: trauma primitivo – defesa – latência – desencadeamento da doença neurótica – retorno parcial do reprimido. Pode-se concluir disso que os períodos da infância e da adolescência são de extrema relevância para a constituição psíquica do sujeito.

Esse posicionamento tardio de Freud coloca-nos diante de uma questão: como conciliar a ideia de traumas que são construídos em dois tempos com a ideia de traumas que, como nas situações de guerra, causam desestruturações imediatas? Para responder a essa pergunta, passaremos agora às contribuições de Sándor Ferenczi.

3.2 Sándor Ferenczi e o trauma psíquico

O psiquiatra e psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, amigo próximo de Freud, trouxe importantes contribuições no campo das neuroses traumáticas. Costumava se dedicar ao atendimento de casos difíceis que não se enquadravam nos modelos “clássicos” de neurose. Para Ferenczi, o trauma acontece sempre na relação com o outro, este enquanto representante do mundo externo, e será por meio dele que o sujeito atribuirá sentido ao mundo.

Na obra “A adaptação da família à criança”, Ferenczi (1927/2011) afirma que, usualmente, as pessoas unicamente se preocupam com a adaptação da criança à família, desconsiderando a adaptação da família a essa criança. Para ele, o primeiro passo que deve ser

dado pela família no sentido de se adaptar a vinda da criança é a compreensão por parte dos próprios pais sobre si e sobre as suas próprias infâncias. Ferenczi discorre sobre a importância dos cinco primeiros anos de vida dos indivíduos (período em que a maior parte das faculdades mentais dos sujeitos adultos já se constituiu) e sobre a ‘surpreendente’ falta de memória por parte deles sobre este período exclusivo de vida.

Ferenczi, assim como Freud, faz reflexões acerca da obra de Otto Rank e de sua concepção de ‘trauma do nascimento’. Declara que quanto mais ele próprio se aprofundou no assunto, mais se tornou evidente que não há na vida nenhuma mudança ou evolução em que o indivíduo esteja mais preparado do que o nascimento, para ele a previdência fisiológica e o instinto dos pais tornam essa passagem o mais suave possível. Apenas poderia ser um traumatismo se os pulmões e o coração do bebê não estivessem em perfeita formação, mas, nesse delicado caso, ainda sim o nascimento deveria ser visto como um triunfo e exemplo para toda a vida. Ao se referir a esse suposto trauma do nascimento, Ferenczi (1927/2011, p.5) apresenta “É duvidoso que um transtorno eliminado de forma tão rápida e radical, pudesse ter o valor de ‘trauma’”.

Outras situações reais têm efeitos mais difíceis de eliminar, não são de ordem física, dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes, isto é, ao desmame, ao treinamento de asseio pessoal, a supressão dos ‘maus hábitos’ e à passagem da criança para a vida adulta. “Esses são os traumas mais graves da infância e quanto a eles, até o presente momento, nem os pais em especial nem a civilização em geral foram bastante previdentes” (FERENCZI, 1927/2011, p. 5).

Em relação ao desmame, Ferenczi entende que a passagem de um modo primitivo de alimentação a uma mastigação ativa, representa não apenas uma mudança fisiológica, como também uma importante mudança psicológica. Um desmame malfeito pode ter influência na relação do sujeito com os objetos e na sua maneira de obter prazer. O processo de aquisição de asseio pessoal, durante o qual a criança precisa internalizar o código de asseio dos adultos, é tido por Ferenczi como um dos mais difíceis momentos do desenvolvimento da criança e também com caráter estruturante, pois isso repercutirá na forma pela qual ela se adaptará diante das exigências da civilização e no modo pelo qual enfrentará todas as dificuldades posteriores da vida (FERENCZI, 1927/2011).

O asseio do indivíduo está relacionado às suas tendências primitivas, ou seja, em seu interesse por seus dejetos. Para Ferenczi, o sujeito adulto que presta assistência à criança nesse processo, dando-lhe permissão para agir até certo ponto de acordo com seus impulsos e oferecendo-lhe a possibilidade de sublimá-los, está ensinando-a a dirigir suas necessidades

primitivas no rumo da utilidade. Os processos de desmame e de higienização pessoal são vistos por Ferenczi, assim como por Freud, como parte do desenvolvimento sexual da criança. A sexualidade não começa com a puberdade, e sim com os comumente chamados ‘maus hábitos’ das crianças, que são na verdade manifestações autoeróticas, expressões da pulsão sexual presentes nos sujeitos desde a mais tenra idade.

Muitos adultos, principalmente devido a suas próprias histórias de vida, não sabem como responder às demandas sexuais das crianças (FERENCZI, 1927/2011). Um exemplo disso são as perguntas feitas pelas crianças acerca da origem dos bebês, as quais normalmente são respondidas pelos pais de modo fantasioso ou fabular. Tais explicações não são, entretanto, suficientes para sanar as curiosidades das crianças, já que os adultos não lhes confessam a função libidinal do órgão sexual, que já está parcialmente ativa na criança. Para Ferenczi, enquanto a função erótica do órgão sexual não for reconhecida, existirá um abismo entre os pais e os filhos.

É na idade em que se desenrola o conflito edipiano que as dificuldades de adaptação se comunicam intimamente com o desenvolvimento sexual. A primeira dificuldade se dá, segundo Ferenczi, porque a criança descobre que os seus pais tão venerados não dizem sempre a verdade e mentem deliberadamente ‘para o seu bem’, deixando-a desconfiada, isto é, não lhe dando confiança. A outra dificuldade diz respeito à dependência da criança de seu meio externo, cujas exigências obrigam-na a mentir. Quando questionada sobre a permissão para comer doce, a criança responde que ‘não está com vontade porque é hora do almoço’, ela está seguindo a opinião dos seus pais, então se defronta com uma série de opiniões diferentes enraizadas dentro de si.

A sua vivência pessoal opõe-se aos dizeres das pessoas que ama e que a educam; por amor a elas, a criança se adapta a esse novo e difícil código (FERENCZI, 1927/2011). A partir do apresentado, percebe-se que Ferenczi trata da divergência de comunicação entre a criança e o adulto, sobre o suposto ‘mentir’ e suas implicações psíquicas para a constituição de um sujeito ‘normal’ ou ‘anormal’, a partir de situações traumáticas potencialmente destruturantes, como, por exemplo, a violência. Passemos agora às considerações de Ferenczi sobre o manejo clínico com os seus pacientes.

Em sua obra “Princípio de relaxamento e neocatarse”, Ferenczi (1929/2011) fala sobre suas especificidades no tratamento analítico. Em princípio, seguindo os conselhos técnicos de Freud, procurou favorecer a repetição dos eventos traumáticos anteriores no tratamento terapêutico e encontrar por meio do tratamento uma melhor resolução para estes.

Era como se médico e paciente unissem as suas forças para reconstruir as causas recalçadas da doença a partir de fragmentados ilógicos de material associativo. Entretanto, tinha a impressão de que isso transformava a relação médico-paciente em algo semelhante à relação professor-aluno. Optou então por dar mais liberdade aos pacientes e percebeu que, ao contrário do que era esperado, isso não causava nenhum dano à análise e favorecia a transferência positiva. Por ‘ceder liberdade ao paciente’, Ferenczi (1929/2011) entende que o paciente não precisa obrigatoriamente permanecer deitado no divã durante a sessão, ou ser atendido apenas sob a condição de atender às exigências de honorários, ou ter seu horário de atendimento restringido ao pré-fixado. Nas ocasiões em que não estava disposto a conceder tais liberdades, Ferenczi percebeu que ocorria um aumento da resistência e uma repetição demasiadamente literal dos acontecimentos traumáticos da pré-história infantil, custando tempo de trabalho para o paciente e para o analista.

Uma das diretrizes freudianas para a técnica da psicanálise é frustrar a demanda do paciente, pois Freud (1912/1996) entende que a demanda amorosa do paciente é uma transferência para o analista de afetos que têm origem nas mesmas fantasias que alimentam os sintomas, de modo que a análise dos sintomas depende de uma análise dessa transferência.

Um dos objetivos de Ferenczi (1929/2011) com suas modificações na técnica era produzir um relaxamento, isto é, uma evitação da tensão que era produzida pela frustração do paciente. A partir disso Ferenczi conduzia a análise no sentido de auxiliar o paciente a adaptar-se à sua realidade desprazerosa. Todavia, Ferenczi (1929/2010, p. 69) faz uma ressalva: “a atitude de observação (...) reservada do médico, tal qual Freud a recomenda, continua sendo a mais segura e a única que se justifica no início de análise”. Por fim, assegura que os métodos empregados por ele às pessoas adultas, se aproximam muito do tratamento de crianças.

Ele rememora que a psicanálise foi inicialmente concebida como uma resposta catártica a choques traumáticos não liquidados e repletos de afetos, a partir de seus atendimentos, percebeu que o material mnêmico reproduzido em sessões continuava relacionado ao fator traumático e, por isso, deu a ele importante papel na etiologia das neuroses.

São sempre perturbações e conflitos reais com o mundo externo que são traumáticos e têm um efeito de choque, que dão o primeiro impulso à criação de direções anormais de desenvolvimento; eles precedem sempre a formação de potenciais psíquicas neurogênicas, por exemplo, as da consciência moral. Por conseguinte, uma análise não poderia ser considerada concluída, pelo

menos teoricamente, se não tiver conseguido alcançar o material mnêmico traumático (FERENCZI, 1929/2011, p. 73).

As situações traumáticas exógenas colocam em risco todo o projeto identificatório do sujeito, pois não se integram ao seu psiquismo. Um indivíduo que passa por uma experiência de violência, por exemplo, pode se desestruturar de maneira profunda e ficar impossibilitado de reorganizar-se internamente. Ferenczi (1929/2011) descreve que a primeira reação a uma situação traumática é o choque, “uma psicose passageira”, ou seja, uma ruptura com a realidade que se expressa ou sob a forma de alucinação negativa ou sob a forma de uma compensação alucinatória positiva que pode provocar prazer. Em ambos os casos, trata-se de uma clivagem de parte da personalidade sob o efeito do choque, de modo que a parte clivada sobrevive silenciosamente, esperando uma oportunidade para manifestar seus efeitos. Seu ponto de expressão se dá, em muitos dos casos, juntamente com os sintomas neuróticos.

Outro texto que trata de seu método e aborda a questão do trauma psíquico chama-se “Análises de crianças com adultos”, nele Ferenczi (1931) afirma: “Todos nós sabemos que as crianças que muito sofreram, moral e fisicamente, adquirem os traços fisionômicos da idade e da sabedoria. Também tendem a cercar maternalmente os outros; (...) tornam-se indivíduos bons e prestimosos” (FERENCZI, 1931/2011, p. 89). Já as crianças que se sentem abandonadas, “perdem por assim dizer todo o prazer de viver ou, como se deveria dizer com Freud, volta a agressão contra a sua própria pessoa” (FERENCZI, 1931/2010, p. 90).

Ferenczi (1931/2011) declara que modificou a técnica psicanalítica habitual (freudiana) porque percebia que dessa maneira não se obtinha êxito nestes casos difíceis de traumatismos. Apresenta então algumas sugestões para atendimento de pessoas traumatizadas, sejam elas crianças ou adultos. Em primeiro lugar, sugere que as falas do analista sejam apaziguadoras e cheias de tato. É desejável que o paciente se sinta à vontade para contar as reações inadequadas das demais pessoas adultas diante da exposição da situação traumática vivida e que o analista tenha uma reação empática diante do que o paciente estará falando. Ferenczi escreve que:

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, que torna o traumatismo patogênico. Tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente [no atendimento]

com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade (FERENCZI, 1931/2011, p. 91).

Na citação acima, Ferenczi se refere ao que denominará o desmentido. Para ele, diante da mentira e hipocrisia do adulto, ao negar a história contada pela criança, ela se sente confusa e a situação traumática fica sem compreensão. A própria palavra dela, ao invés de ser mediada, é interdita pelo adulto, situação que potencialmente se configurará como um trauma psíquico.

Para evitar a reprodução disso no atendimento, Ferenczi afirma que, no *setting* terapêutico, o analista pode admitir seus erros para os seus pacientes, bem como autorizá-los a fazer críticas sobre o tratamento, pois isso possibilita que o paciente desenvolva confiança no analista. Essa confiança estabelecerá o contraste entre um passado insuportável e um presente onde há possibilidade de superação e esse contraste é indispensável para que o passado seja reavivado, não enquanto produção mental fantasiada, mas enquanto lembranças a serem reproduzidas no tratamento clínico, por meio da transferência. A confiança do paciente no analista mantém a relação com a confiança da criança nas demais pessoas.

Tal questão é aprofundada no texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1931/2011). Nele somos informados que as seduções incestuosas normalmente são produzidas da seguinte forma: um adulto e uma criança se amam, a criança tem fantasias lúdicas com ele (como desempenhar um papel maternal), ao passo que, para o adulto, normalmente os componentes eróticos do jogo mantêm-se latentes, conservando-se o nível da ternura. Com o adulto com tendências psicopatológicas ou adicto de substâncias psicoativas, não será isso que ocorrerá, pois ele poderá confundir a brincadeira infantil com os desejos de uma pessoa que já atingiu a maturidade sexual (língua da paixão) deixando-se arrastar, sem pensar as consequências, para a prática de atos sexuais.

Diante de situações como essa, algo que já havia sido apontado por Freud, a criança percebe que está física e moralmente sem defesa e sente que sua personalidade ainda é fraca demais para protestar. E caso a situação evoque alguma forma de prazer na criança, dificilmente ela poderá fazer mais do que guardar para si o medo e a culpa. Esse medo, ao atingir o ponto culminante, obriga a criança a se submeter automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar os desejos dele, a obedecê-lo, esquecendo completamente de si, identificando-se com ele.

Deve-se entender essa identificação como introjeção do agressor²⁸, pois o agressor passa a ser um elemento da dinâmica intrapsíquica. Os processos intrapsíquicos, por sua vez, são submetidos ao processo primário que, segundo as regras do princípio do prazer, podem ser transformados e modelados de maneira alucinatória. Aos poucos a agressão “deixa de existir” e a criança consegue, em alguns momentos de transe, manter a situação de ternura anterior.

Mas a mudança significativa, provocada no espírito da criança pela identificação ansiosa com o parceiro adulto, é a introjeção do sentimento de culpa do adulto: o jogo até então anódino apresenta-se como um ato merecedor de punição (FERENCZI, 1932/2011, p. 117).

A criança sentirá uma enorme confusão, dividindo-se entre se considerar inocente ou culpada. E dado que os agressores, via de regra, comportam-se como se nada estivesse acontecendo, a criança ganha mais motivos para sentir-se confusa, sem saber em quem confiar. Resta-lhe sempre uma culpa que, em alguns casos, ela tenta expiar em si mesma nos atos auto agressivos ou então expressar por meio da atuação da violência de modo alo agressivo. De todo modo, o ódio que a criança deveria endereçar para o agressor é retido, “esse ódio transforma um ser que brinca espontaneamente, e com toda a inocência, num autômato, culpado do amor e que, imitando ansiosamente o adulto, esquece-se de si” (FERENCZI, 1932/2011, p. 121)²⁹.

²⁸ Abraham e Török (1995) afirmam que o que Ferenczi chamou de introjeção do agressor deve ser entendido como uma “introjeção que não acontece” e a nomeiam como incorporação. Ou seja, com a impossibilidade da introjeção acontecer, o Eu ‘conta uma falsa história’, ‘uma mentira que deverá ser escondida para sempre’, que produzirá a clivagem psíquica. Assim, a incorporação objetiva recuperará de maneira oculta um objeto que fugiu à intenção de mediar a introjeção.

²⁹ Citamos, como referência de leitura, dois livros que contam histórias reais de crianças que sofreram violência sexual. Em ambos os casos podemos perceber exemplos da teoria ferencziana, pois as duas crianças se identificaram com o agressor, na primeira, a identificação ocorreu na ocasião em que a protagonista do livro se apaixona por seu agressor, já na segunda, isso é percebido enquanto Jaycee se submete às vontades de seu agressor, deixando de pensar em si mesma. O primeiro dos livros se chama “Tigre, Tigre” (2011) e conta a história de uma menina chamada Margaux, que aos sete anos de idade conheceu um senhor de cinquenta e um anos de idade chamado Peter. Ela manteve um relacionamento com ele, por quinze anos, repleto de situações interpretadas socialmente como violências sexuais, mas que, por ela, em princípio, eram interpretadas como brincadeiras infantis e posteriormente, como relações sexuais consensuais. Margaux diz ter se apaixonado por ele, assim como ele por ela, e foi uma paixão tão intensa que, em determinado momento, ela declara não mais saber “onde ele terminava e ela começava”. O outro livro chama-se “Vida Roubada” (2011). Neste livro, uma menina chamada Jaycee é sequestrada por um casal quando tinha onze anos de idade, sendo mantida prisioneira do casal por dezoito anos. Logo que chegou ao seu cativeiro, ela é estuprada pelo seu sequestrador. Ele é casado

No texto “Reflexões sobre o trauma”, publicado em 1934, Ferenczi afirma que o trauma equivale a um choque que provoca uma destruição relativa do sentimento de si e da capacidade de suportar, agir e refletir. No trauma pode ocorrer o abandono dos órgãos que asseguravam a preservação de si mesmo ou a amenização de suas funções. O indivíduo que não está preparado para receber o choque sofre uma comoção psíquica, ou seja, um estilhaçamento do psiquismo ao contrário dos choques ou ‘traumas’ estruturantes do psiquismo.

Quando o sujeito passa pela experiência de choque, o sentimento de sentir-se seguro acaba ou reduz consideravelmente. A comoção pode ser de ordem física, psicológica ou atuarem juntas. Na comoção psicológica, o choque é produzido sem necessariamente demandar comoção física, pois o Eu, visto que não é antecipado pela angústia, fica sem reação de defesa e o choque do inesperado produz grande desprazer. Destaca-se que a questão do efeito surpresa do trauma é muito importante tanto para a concepção freudiana, quanto para ferencziana.

O resultado imediato de cada traumatismo é a angústia, conceituada por Ferenczi como “sentimento de incapacidade de se adaptar à situação de desprazer: (1º) subtraindo a si mesmo à irritação (fuga); (2º) eliminando a irritação (aniquilamento da força exterior)” (1934/2011, p. 127). Esse desprazer gerado pela angústia aumenta, exigindo uma liberação, podendo se manifestar na forma de uma autodestruição que resulta em desorientação psíquica. Essa desorientação é causada pela liberação do sentimento de angústia, do adiamento da percepção mais abrangente do mal e da tentativa de realização dos desejos a partir dos fragmentos do psiquismo.

Neste texto, Ferenczi (1934/2011) também fala sobre os sonhos. Para ele, nos sonhos o trauma se apresentará como repetição, abarcando a história pessoal do sujeito juntamente com aquilo que Freud chamou de restos diurnos. Como dito anteriormente, a repetição do trauma nos sonhos é uma tentativa de resolvê-lo psiquicamente, já que ocorre a diminuição da faculdade crítica e a predominância do princípio do prazer. Ferenczi faz uma distinção entre as repetições em sonhos profundamente inconscientes ou em sonhos menos profundos. Nestes, o fenômeno traumático pode ser suportado em forma de realização dos desejos,

e sua esposa não aceitava participar das atividades sexuais que ele propunha. Decidiram, portanto, sequestrar Jaycee para que ela pudesse satisfazê-lo. A menina foi obrigada a mudar o nome e o modo de vestir. Eles tiveram duas filhas, as quais diziam que eram suas irmãs. Jaycee, ao contrário de Margaux, não foi ‘preparada’ para a situação sexual. O susto estava presente. Ambas as meninas viveram situações potencialmente traumáticas, mas declararam sentir-se “sobreviventes”. Ambas fazem tratamento psicoterápico para superar tais situações.

enquanto naqueles as experiências se manifestam de forma puramente emocional e sem conteúdos representativos. Essa diferença baseia-se na distinção feita entre os dois tipos de repetição, a neurótica e a traumática propriamente dita.

Em suma, para Ferenczi, o trauma psíquico tem como característica um choque inesperado proveniente de uma experiência que é sentida como excessiva³⁰. No caso das crianças há o agravante da confusão de línguas entre elas e os adultos, pois, a criança ainda não tem a sua personalidade totalmente constituída e ela se sente desamparada diante da negação do adulto agressor e das demais pessoas a respeito da situação que viveu. Como resposta ao trauma pode ocorrer uma clivagem, que é a desestruturação do Eu desencadeada pela interrupção da atividade psíquica. A clivagem difere do recalque, pois, neste último, a experiência excessiva foi assimilada e seu esquecimento, fruto do recalque, foi a alternativa tomada pelo Eu, de modo inconsciente, para lidar com ela. Uma vez registrada e recalçada, a representação da experiência traumática poderá exercer sua influência no psiquismo e na dinâmica sexual do sujeito, eventualmente por meio de manifestações sintomáticas. Na clivagem, visto que o Eu foi dividido pela experiência excessiva e não a pôde assimilar, as repetições se caracterizam como tentativas fracassadas de inscrição, ou seja, tentativas de representação. No primeiro caso, os sintomas são repetições simbólicas da experiência (retorno do recalçado), no segundo, são atos de repetição da própria experiência traumática que não pôde ser simbolizada. Essa novidade teórica introduzida por Ferenczi apresenta-se como uma das marcas de sua autonomia teórica em relação à Freud.

Em *Análises de Crianças com Adultos*, Ferenczi (1931/2011, p. 80) afirma:

As proposições que lhes tenho submetido, do ponto de vista técnico e teórico, são severamente criticadas por uma respeitável maioria, por seu caráter fantasiado e original demais. Tampouco posso pretender que o próprio Freud esteja de acordo com tudo que eu publico. Deu-me sempre sua opinião franca, quando lhe solicitei. Mas não hesitava em acrescentar que, sob certos aspectos, o futuro poderia dar-me razão, e nem ele nem eu cogitamos de interromper a nossa colaboração por causa dessas diferenças relativas ao método e à teoria; mas no que diz respeito aos mais importantes princípios básicos da psicanálise, estamos perfeitamente de acordo.

³⁰ É importante constatar que, enquanto Freud estabelece a fantasia como fundamento das formações traumáticas, Ferenczi volta a apontar a importância da consideração do valor traumático dos acontecimentos reais.

A divergência metodológica que está sendo especialmente tratada aqui foi propulsionada pela experiência clínica de Ferenczi com pacientes traumatizados, tidos por ele como ‘difíceis’, que se apresentavam como ‘casos limite’ para a operação da técnica psicanalítica tal como proposta por Freud.

Para Ferenczi (1931/2011), a associação livre, fundamento da técnica freudiana, não é efetivamente livre se o paciente não tiver a possibilidade de, durante a sessão, mergulhar num estado primitivo da infância e agir livremente nesse estado. Isso o conduziu à formulação de um manejo clínico que conduzisse o paciente a um relaxamento que lhe permitisse um abandono mais ‘profundo’ às impressões e emoções interiores. Segundo Joel Birman:

O modelo interpretativo, semântico, modelo linguístico, se vocês quiserem, da psicanálise, não dá conta dessas estagnações do processo psicanalítico. (...) E o que Ferenczi fez? Começou a sair do registro interpretativo e promover o que chamou de atos, começou a “fazer” coisas além de dizer. Isto é, um tipo de escuta que admitia, ao mesmo tempo, uma possibilidade de intervenção no “fazer” a partir da escuta que ele promovia (BIRMAN, 1996, p. 74).

Ferenczi (1931/2011) compartilha com Freud a ideia de que os ‘choques traumáticos’ e patogênicos, na maioria dos casos, remontam a um período da infância e assume que Freud tem razão ao dizer que a análise é bem-sucedida quando o agir é substituído pela rememoração, mas seu diferencial é que o material atuado já é em si mesmo tratado como recurso terapêutico, bem como pode ser respondido por atuações do analista, que lhe atribuam sentido. Conforme as palavras de Ferenczi (1931/2011, p. 84) “em princípio, eu também sou contra as explosões descontroladas, mas penso ser útil descobrir [...] as tendências para a ação, escondidas, antes de passar ao trabalho do pensamento”.

Essas implementações na técnica psicanalítica, efetuadas por Ferenczi foram motivadas por sua percepção da estagnação de alguns casos, nos quais os pacientes não apresentavam reação terapêutica positiva diante dos esforços interpretativos do analista. Tal percepção clínica, assim como as inovações técnicas dela decorrentes, está diretamente vinculada às modificações realizadas por Ferenczi no campo teórico. Em outras palavras, foi concomitantemente à reformulação de sua concepção do trauma psíquico que Ferenczi pôde pensar novas formas de abordá-lo na clínica, distinguindo, por um lado, trauma estruturante de trauma desestruturante e, por outro, recalque de clivagem.

Além disso, a identificação da importância da mentira e da negação na constituição do trauma aponta para a necessidade clínica de o analista não se colocar no lugar de cúmplice do agressor, isto é, de não desmentir um acontecimento que, fantasiado ou não, tem peso de realidade para o paciente.

A contemporaneidade tem sido marcada pela demanda crescente de atenção a condições de calamidade, tragédia e violência, desde o nível familiar até o comunitário. Entendemos que um posicionamento como o de Ferenczi constituiu a base teórica e ética da clínica do traumático, que visa mobilizar os esforços da psicanálise em direção aos sujeitos constituídos no seio dessas condições. Nesse intuito, o presente trabalho se dispôs como uma iniciativa preliminar à reflexão sobre as diferentes manifestações da violência enquanto traumática. E para irmos de encontro a esse objetivo, apresentaremos a seguir a construção dos dois casos clínicos.

4 CASOS CLÍNICOS

Este capítulo apresentará dois casos clínicos de pacientes atendidas na clínica escola de psicologia da UFPR. As duas pacientes foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar devido apresentarem comportamentos auto e aloagressivos. Ambas permaneceram em tratamento por aproximadamente oito meses e o abandonaram. Os atendimentos foram totalmente pautados na linguagem.

Inicialmente serão apresentados os relatos clínicos, conforme conceituado por Figueiredo (2004) como “a história do sujeito”, e depois o caso será construído seguindo o *pathos* de cada uma das pacientes. Trata-se de uma construção metapsicológica, incluindo a descrição e breve teorização.

Este capítulo será repartido em quatro seções, duas se referem às histórias das pacientes, e duas às considerações teóricas. Destaca-se que, todos os dados identificatórios das pacientes são fictícios.

4.1 BREVE RELATO DA HISTÓRIA DE OLÍVIA

Olívia, 14 anos, foi atendida pelo Conselho Tutelar devido às suas muitas manifestações de agressividade. Foi encaminhada para tratamento psicológico porque “ninguém dava conta dela” (fala de uma Conselheira Tutelar). Em seu encaminhamento constava que a violência sofrida por ela era a negligência materna, porém no decorrer dos

atendimentos, foi possível distinguir que a sua demanda de análise tratava dos abandonos que sofreu.

Olívia já esteve em tratamentos psicoterápicos, aos quais ela afirmou ter recebido “alta”. Também foi encaminhada para tratamento psiquiátrico, porém sua mãe alegava que isso era para “loucos” e que se necessitasse levar a filha a algum médico, no máximo seria a um neurologista.

Os seus pais são divorciados e a separação foi muito conflituosa, pois na ocasião o pai de Olívia estava tendo uma relação extraconjugal. Isso aconteceu quando Olívia tinha seis anos de idade. Agora, tanto o seu pai, quanto a sua mãe, construiu novas famílias. Olívia tem cinco irmãos e reside com quatro deles. A sua relação com o seu irmão mais velho é bastante hostil, pois normalmente é ele quem “coloca os limites em mim”, já com o seu irmão mais novo (fruto do novo relacionamento da sua mãe) a relação é pautada por grande afetividade amorosa. Sobre o divórcio dos pais, Olívia diz ser esse seu “trauma”, pois sofreu muito ao ser “deixada”. A relação que ela tem com o seu pai é bastante ambivalente, pois ao mesmo tempo em que diz sentir falta dele, ela o destrata e o desqualifica quando ele tenta se aproximar, resultando em um constante distanciamento entre os dois.

A mãe de Olívia, a quem daremos o pseudônimo de Gabriela, é bastante permissiva. Ela diz que a sua história de vida foi de muito controle e nenhum afeto por parte da sua mãe, por isso resolveu “fazer o contrário” com os seus filhos e sempre que possível os autoriza a fazer “o que quiserem”. Já o pai de Olívia, é extremamente rígido e controlador, ele é policial, porém quando se divorciou da senhora Gabriela deixou que ela conduzisse sozinha a casa e determinasse a educação dos filhos.

Ao ser “deixada” por seu pai, Olívia disse que decidiu “abandonar o país”, falou que recorda do seu desejo de morar em outro local e não mais retornar. Vale dizer que durante todo o período em que esteve em atendimento, a questão de “ir embora” foi muito mencionada por ela. Isto se deu devido às várias ocasiões em que pessoas próximas a ela necessitaram se afastar ou ameaçaram fazê-lo. Sobre as ameaças, estou me referindo especialmente à mãe de Olívia. O 2º marido de Gabriela decidiu morar no Japão para “ganhar mais dinheiro”, ele foi para lá quando Gabriela estava gestante do primeiro filho deles. Então, por diversas vezes durante o período em que Olívia esteve em atendimento, a sua mãe anunciou que também iria embora para o Japão e levaria apenas o seu filho pequeno, aquele pelo qual Olívia tem enorme predileção.

Ainda sobre essas ameaças, foram muitas as sessões em que os conflitos envolvendo mãe e filha foi o assunto preponderante e Gabriela ao se desentender com a filha lhe dizia que

a mandaria embora de sua casa. Em dois momentos, Gabriela telefonou avisando que Olívia interromperia os atendimentos porque iria morar com a avó no litoral do Paraná. Essa avó não tinha nenhuma relação afetiva com a neta e nem com a própria filha, inclusive quando a senhora Gabriela contou para a mãe que estava esperando o nascimento de Olívia, ela declarou que “preferia que a filha [Gabriela] não tivesse útero” - e Olívia tinha conhecimento disso. Ao falar sobre a sua avó, Olívia dizia: “se ela [avó] morresse não faria diferença, seria até bom”. Todas essas ameaças de expulsar Olívia de casa não foram concretizadas e a elas respondia com desprezo e algumas vezes, com comportamentos desafiadores, dizia: “ela [sua mãe] nunca cumpre mesmo”.

Também houve um período em que Gabriela lhe disse que “não dava conta dela” e que a mandaria morar com o pai. Olívia arrumou as suas malas e esperou o dia da mudança, ela não expressou felicidade nessa mudança, ao contrário a interpretou enquanto um castigo, pois sabia que, diferentemente do que acontece com a sua mãe (sobre quem ela acreditava “ter controle”) com o seu pai as coisas são mais difíceis, pois na casa dele “as regras devem ser cumpridas”. Enquanto aguardava a mudança, Olívia recebeu a notícia de que na “última hora” o seu pai foi transferido para outra cidade e não poderia ficar com ela. Ressalta-se que, Olívia contou nas sessões posteriores que seu pai nunca saiu de Curitiba. Quanto a isso, em nenhuma circunstância no *setting* terapêutico, ela expressou verbalmente seus sentimentos e pensamentos.

Em relação às suas manifestações de sentimento, Olívia durante muitas sessões expressou “não entender” porque sentia uma raiva incontrolável. Quando ela iniciou o seu tratamento, ela expressou que desejava fazer psicoterapia porque precisava aprender a controlar a sua raiva, em princípio, falava sobre a raiva dirigida ao meio externo. Mas com o passar das sessões, juntas fomos elaborando que não se tratava apenas da agressividade dirigida para fora, mas principalmente aprender a desviar a agressividade que se mantinha viva nela mesma e que lhe causava muito sofrimento. Olívia se automutilava, frequentava lugares perigosos da cidade, além de apresentar comportamentos delinquentes.

Sobre seus sentimentos, existiu uma situação em que não manifestou raiva ou ódio, mas ao contrário, chorou e se encolheu, quase em posição fetal, ao falar sobre seu sofrimento foi quando mencionou os episódios em que pessoas importantes se afastaram dela, disse: “as pessoas mais importantes para mim vão embora”. Ela estava se referindo ao seu pai, à sua melhor amiga e a possível mudança da sua mãe e do seu irmão para o Japão. Naquela sessão Olívia comunicou, de forma não verbal, estar muito fragilizada e sensível. Por um período, ela não queria nem agredir, nem maltratar, mas sim sair da postura de “durona” que quer

transparecer em meio a todos os seus *piercings*, alargadores e tatuagens, e expressar seus sentimentos sem medo de retaliação e/ou abandono. Naquela data, o meu papel enquanto analista foi propiciar um *setting* confiável e confortante, um local para onde ela pudesse retornar. A partir daí nosso “vínculo” foi se estabelecendo, as “atuações” diminuíram e ela se permitiu expressar, verbalmente ou não, os seus desejos.

Sobre essa relação transferencial³¹, Olívia, inconscientemente testava se eu sustentaria a nossa relação ou se eu também a abandonaria. Foram muitos os atrasos, as faltas sem aviso prévio e o não pagamento das sessões para o CPA. Existiu uma ocasião em que ela descreveu um sonho no qual assassinava uma pessoa, ao descrevê-lo deixou transparecer grande satisfação pelo “assassinato”, em seguida me questionou: “se eu matasse alguém eu poderia vir aqui e te contar?”. Em primeiro momento, senti angústia e receio diante de sua pergunta, logo em seguida a interpretei como uma questão transferencial e respondi que estaria ali disponível para ela, no momento em que precisasse de mim.

Como já dito, após aproximadamente oito meses de atendimento, Olívia abandonou as sessões, porém não antes de anunciar uma grande notícia: ela estava grávida, esperando uma menina. Olívia de alguma forma, ao final de uma quase completa gestação terapêutica de 8 meses, engravida ‘fora’ do *setting*. Estava muito contente com sua gestação e afirmou não mais precisar dos atendimentos. Disse que agora teria alguém a quem cuidar e que a relação com sua mãe melhorara muito, tanto que a senhora Gabriela decidira abandonar completamente os planos para viajar ao Japão e ficar no Brasil para ajudar a filha “no que ela precisasse”.

Agora, a partir desta breve apresentação sobre a história de Olívia, faremos a construção do caso clínico, conforme a teoria previamente apresentada.

4.2 CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO OLÍVIA

Após a apresentação da história clínica de Olívia, alguns pontos merecem destaque para a nossa discussão, em especial: (1) comportamentos agressivos da paciente, (2) situações de abandono e sentimento de desamparo e (3) sua gravidez. Para atingir o primeiro desses pontos, a agressividade de Olívia, devemos retomar o apresentando no capítulo sobre

³¹ Citando Násio (2011, p. 83): “É isso a transferência: a deflagração em movimento de um circuito fechado ente o inconsciente de um [analista] e o inconsciente de outro [paciente]. No fundo, a transferência não passa da criação de um novo inconsciente, de um inconsciente partilhado, resultante de um diálogo regular entre os inconscientes dos dois protagonistas do tratamento”.

violência, porém antes disso, devemos situar a paciente em um momento específico do funcionamento psíquico, isto é, na adolescência. Enquanto estava em tratamento psicológico, Olívia atravessou um período único de sua vida, no qual ela deixava de ser criança para seguir, com algumas dificuldades, rumo à vida adulta. Esse momento da vida do sujeito tem algumas peculiaridades, dentre elas a presença de comportamentos agressivos e destrutivos (RASSIAL, 1999). No adolescer é muito comum o indivíduo traduzir o seu mal-estar em atos ao invés de palavras, ou seja, para Olívia seria ‘menos difícil’ (para não usarmos a expressão: mais fácil) manifestar seu sofrimento pela via do comportamento e da violência do que por meio da palavra.

Olívia, seguindo o que foi apresentado no capítulo sobre violência, assim como todos os indivíduos, tem uma tendência constitutiva à agressão (FREUD, 1923/1977), porém a manifestação dessa agressão por meio da violência é algo singular a cada sujeito. No caso de Olívia uma das suas formas de expressar o seu mal-estar era por meio da agressividade. Seguindo as tendências da pulsão de morte, a paciente deslocava para o mundo externo parte das suas tendências agressivas, ao mesmo tempo em que as mantinha agindo livremente em seu interior, que poderiam tê-la levado à decadência e à desintegração. Para essa paciente, o ato violento destrutivo foi a maneira que ela encontrou para confirmar a sua singularidade, eliminar o seu sofrimento e suprimir o outro que lhe desagradava (MARIN, 2004). Seus comportamentos se tratavam de ‘gritos de socorro’, cujo sofrimento psíquico era tamanho que impossibilitava a representação.

Ferenczi (1931/2010) acrescenta que as crianças que se sentem abandonadas perdem, por assim dizer, o prazer de viver e a agressão, que deveriam desviar para o mundo externo, voltam contra si mesmas. É isso que a paciente Olívia fez durante grande parte do seu tratamento analítico.

Outro componente que podemos identificar nesta dificuldade em descarregar em palavras conteúdos cujo afeto era demasiadamente intenso foram os *acting-out*, ou seja, atuações da paciente, por exemplo: a automutilação. Entendemos que na tentativa de aliviar sua angústia a paciente se automutilava, cortando na pele algo que ‘sobra’, ou seja, os seus excessos. Conforme Olimpio (2011) a automutilação seria uma tentativa de introduzir uma falta, uma castração.

Sobre a ‘falta’, podemos dizer que Olívia ao não saber lidar com tantas “faltas” acabava se manifestando em ‘excessos’. O medo da paciente de ser separada de seu objeto de amor produziu angústia, traduzida por Freud (1926/1977) como angústia de castração. Para essa paciente a imagem mnêmica que tinha de sua mãe era intensamente catexizada, isto é,

provida de muito investimento libidinal, de modo que a possibilidade de perdê-la passou a lhe ser muito custosa. Ao fantasiar a sua separação de seu objeto valioso, o sentimento de desamparo psíquico despertou. Em 1926, Freud apresenta que a tríade angústia-perigo-desamparo está intimamente ligada à constituição do trauma psíquico, conceituando por “perigo” qualquer situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo, e por angústia, a reação original ao desamparo no trauma. Dessa maneira o Eu experimenta passivamente o trauma e o repete em sua versão enfraquecida, na esperança de dominar suas experiências psiquicamente (*ab-reagir* ao trauma). Caso contrário, se o sujeito experimentar um evento excessivo e o mesmo não for reconhecido como análogo a uma situação de desamparo já vivenciada e, portanto, não sinalizando angústia, o Eu se desestruturará e psicopatologias aparecerão.

Dito isso, podemos entender que Olívia viveu (ao sofrer o que interpretou como abandono de seu pai e depois tantas ameaças por parte da sua mãe) experiências, socialmente interpretadas como violentas (ou seja, negligência materna e paterna, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente) e potencialmente traumáticas, porém as quais ela pôde simbolizar de alguma forma e não se desestruturar psiquicamente.

A principal maneira com que vimos isso em Olívia foi por intermédio da sua gravidez. Devemos, contudo, fazer aqui uma diferenciação do que consideramos sua atuação quando nos referíamos às automutilações. Com a gravidez, ela parece ter ido em direção à ação (pelo ato) como uma tentativa de simbolizar algo, de alguma maneira para que isso pudesse se realizar. Podemos indagar se isso não seria uma tentativa de cura a um vínculo do abandono. Podemos ainda indagar sobre se isso no futuro se constituirá como uma ‘cura’. Contudo, na forma como se apresentou ao final de 8 meses de processo terapêutico, pareceu-nos sobretudo uma manifestação sintomática (simbolização) por intermédio do agir.

A esse agir como tentativa de simbolização da paciente, estamos fazendo uma diferenciação do mecanismo *acting-out*, pois Olívia poderia representar a sua relação com a sua mãe a partir da simbolização (por exemplo, no *setting* analítico poder construir representantes psíquicos para esta relação ou mesmo para o abandono), porém isso acaba por se realizar fora do *setting*, por intermédio do engravidar e com isso dá-se uma reaproximação materna, ou seja, a sua representação parece se dar, de alguma forma, passando pelo ato. Ela consegue assim, sua mãe de volta.

Como nos esclarece Roussillon (2007, p. 207) a simbolização na adolescência passa pela realização do ato, supõe assim uma passagem ‘pelo’ ato, que não seja uma passagem ‘ao’ ato. Ela é ato de simbolização, ato interno de realização pulsional, para além da oposição

pensamento/ato. Justamente é essa capacidade de passar pelo ato para a simbolização é que o adolescente se diferenciaria da criança que, não possuindo os meios físicos para o ato acaba por simbolizar aquilo que não pode realizar. A passagem pelo ato na adolescência, para Roussillon (2007) é o que permite simbolizar para viver e não simbolizar ao invés de viver, como no caso da criança – e essa seria a lição que o adolescente aporta à sua vida psíquica, integrando a dialética da sexualidade adulta.

Compartilhamos aqui desta visão para compreendermos o duplo engravidar de Olívia, dentro e fora do *setting*, para além das considerações negativas que possam ser feitas sobre a gravidez na adolescência. Admitimos assim certa positividade aos acontecimentos e ao término dos atendimentos, sobretudo pelos aspectos transferenciais que aqui tiveram que ser resumidos, mas que revelaram, ao longo dos atendimentos, a capacidade de Olívia em reconstruir o laço afetivo com a terapeuta e com sua mãe. Temos, contudo, ainda outras considerações menos positivas sobre o engravidar e o feminino, que apontam a gravidez de Olívia como uma solução sintomática às falhas de sua relação com sua mãe.

Freud nunca abordou diretamente a questão do por que as mulheres se tornam mães, porém em sua obra “Sobre o narcisismo” (1914/1990) declarou que os filhos nascem para reparar as feridas narcísicas dos pais. Mais que isso, a gravidez seria um retorno inconsciente às etapas mais primitivas por ela vivenciadas com a sua mãe. A mãe é o primeiro objeto de amor da menina e será algum tempo depois que a menina se afastará da mãe para se aproximar de seu pai. O afastar-se da mãe envolve hostilidade e é neste momento que a menina percebe que a mãe não é possuidora do falo e a menina simboliza a falta do falo como uma castração (assunto já abordado).

Será durante a gravidez que a mulher ganhará atenção especial de sua mãe e que aquela relação quase amalgamada entre as duas no início da infância, será rememorada, ou seja, será revivido o momento em que a mãe era o objeto de desejo da criança e ela pensava ser o falo da mãe. A menina busca se fazer desejo da mãe para agradá-la e assim o período da gravidez se torna um retorno aos primeiros estágios entre mãe e filha, conforme mencionado acima. Toda a atenção que a mãe da gestante dá à filha que está grávida, por exemplo, abandonando suas promessas de viajar para outro país para ficar ‘exclusivamente’ com a filha, pode ser interpretado pela pessoa grávida como ela sendo novamente a possuidora do falo que agrada a sua mãe e colocando o bebê que virá como ‘um bebê seu com a sua mãe’.

É importante dizer que tanto para Olívia, quanto para sua mãe Gabriela, os homens (os pais de seus filhos) não existem nas relações. O pai do bebê de Olívia é desconhecido e o pai do último filho de Gabriela foi embora do Brasil antes mesmo de conhecer o seu filho, trata-se

de uma dinâmica transgeracional, inclusive é importante mencionar agora que o pai de Gabriela era homossexual, o que nos remete a dizer que na relação da avó de Olívia com o avô, o homem também era coadjuvante.

Olívia enquanto pequena e dependente recebeu a maternagem da sua mãe, todavia, ao se desenvolver e criar autonomia começou a ser hostilizada pela sua mãe, isso se refere à feminilidade da própria senhora Gabriela, a que não podemos inferir aqui. Com isso, na infância Olívia não se sentiu abandonada por sua mãe, foi apenas a partir da invasão da puberdade, algo a que a senhora Gabriela não soube lidar. Nesse período Olívia sentiu os ímpetos de abandono por parte de sua mãe, mas mesmo assim, por ser tardio e não rememorar algo desestruturante na infância e no período pré-edípico, não foi desestruturante para o psiquismo da paciente.

Em suma, podemos dizer que até o presente momento, a paciente se situa no campo das neuroses, não sofrendo nenhuma cisão em seu aparelho psíquico que desencadeasse um trauma, mesmo assim, as suas experiências foram potencialmente traumáticas, porém simbolizadas por ela.

4.3 BREVE RELATO DA HISTÓRIA DE SOFIA

Sofia, 17 anos, foi encaminhada para o Conselho Tutelar após ter abandonado a escola, fazer uso constante de substâncias psicoativas, frequentemente se envolver em brigas, ser espancada por seu pai e negligenciada por sua mãe.

Sofia é *Skinhead* desde os 12 anos de idade, escolheu fazer parte deste grupo “porque não tinha amigos e eles me receberam bem”. Dizia ser bastante calma até lhe provocarem, já participou de muitas brigas, a maioria delas provocada pela diferença entre grupos *Skinheads* ou entre demais grupos. Tem uma “relação” com facas, disse que já viu pessoas esfaqueadas e que também já esfaqueou, afirmou que quando era mais nova sonhava com pessoas sendo agredidas com facas, “mas agora isso já passou”.

Disse que nos momentos em que fica “em crise” só se acalma após ver sangue, “e não é o meu sangue que eu quero ver, é o de outras pessoas”. Mesmo assim, em muitos momentos de angústia acaba se mutilando para a sensação de sofrimento passar. Ela tem muitas marcas de cortes em seu rosto, em seu pescoço, em seu antebraço e em suas coxas, algumas já cicatrizadas e outras ainda recentes.

Ela estava noiva de um rapaz que morava em outro estado, esse rapaz desfez o noivado, pois dizia que Sofia era muito infantil e a relação entre eles não seria duradoura. Após esse rompimento, Sofia se jogou de uma enorme escada, tentando “se matar”.

Aos seis anos de idade o seu pai a levou para ver “uma pessoa morta”, eles “não tinham o que fazer” e então, como entretenimento, “foram vê-la”, ela se lembra do susto que levou ao ver o corpo estirado no chão e o quanto essa imagem a marcou. Com oito anos, quando estava na escola, a sua professora lhe pediu para que desenhasse o que ela “queria ser quando crescesse”, então ela desenhou o seu desejo: um corpo de uma pessoa morta, e justificou que “queria ser legista”.

Sofia afirmou que aos seis anos de idade sofreu um abuso sexual por parte de uma funcionária doméstica, a qual lhe dizia que dessa forma estava lhe ensinando a se comportar para o seu marido quando ela chegasse à vida adulta. Sofia afirmou que na época em que aconteceu, ela interpretava tudo isso como uma brincadeira, mas hoje ela entende que foi uma violência cometida contra ela.

Entende que também sofreu muita violência por parte do seu pai, principalmente violência física. A última vez que ele lhe agrediu gravemente foi quando ela tinha quinze anos, na ocasião ele lhe surrou com as mãos e com fios de luz, ela tem marcas em seu corpo até hoje. O pai dela também agredia a sua mãe, a isso ela falou “quando eu era pequena e via, eu sentia vontade de protegê-la, de me enfiar na frente dele e desviar sua atenção, mas eu não conseguia”. O seu pai é usuário de drogas e álcool, ele tem diagnóstico de transtorno bipolar e de acordo com Sofia, quando ele tem “crises, ele quebra tudo”. Sofia é a única filha do casal.

Ela também diz “ter crises” e nessas crises, assim como o seu pai, ela quebra tudo que encontra pela frente. Vale dizer que no período enquanto esteve em atendimento, Sofia disse ter tido uma dessas crises, ocasionada por uma briga que teve com o seu pai porque ele estava usando o cabo do seu *notebook*. Nessa briga o seu pai a segurou fortemente nos braços a impedindo de se movimentar, ela falou que se sentiu “sufocada” e que ao conseguir se desvencilhar do seu pai, se dirigiu à sua mãe e bateu nela. O seu pai conseguiu novamente contê-la e a sua mãe amarrou os seus braços nos penderes da cama, enquanto isso telefonou para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / SAMU, pois pretendia interná-la em uma clínica psiquiátrica. Sofia (não se sabe como) conseguiu se soltar das amarras e telefonou para os seus avós pedindo socorro. Eles foram buscá-la e não deixaram que fosse internada. Após contar esse episódio Sofia falou: “você acha que eu sou louca?” E essa pergunta foi muitas vezes repetida nas sessões, e quando eu tentava promover associações livres e analisar a sua pergunta, ela sempre mudava de assunto.

Sofia, em uma das sessões, falou sobre medo de baratas. Disse que quando era pequena a sua casa foi invadida por baratas, as baratas entraram em seus ouvidos, em sua boca e em seu nariz. Foi feita dedetização e todos os procedimentos possíveis que indicaram para os seus pais, porém todos sem efeito. As baratas só foram embora depois que o seu pai fez uma “macumba e as expulsou de casa”. Falou que até hoje não frequenta alguns lugares porque se ela encontrar uma barata, ela revive a experiência traumática que teve quando criança e “paralisa”, ficando completamente imóvel e sem reação.

Existiu um momento em que ela me pediu para que a encaminhasse para tratamento psiquiátrico, pois “não estava aguentando mais” e precisava tomar remédios, porém logo no início da sessão seguinte disse que não precisava mais já que estava se sentindo muito bem porque a sua menstruação “havia descido” e o seu descontentamento se devia a uma “questão hormonal”. Além disso, a sua mãe falou que se ela não fosse ao psiquiatra, ela lhe daria o dinheiro que estava faltando para colocar *dreads* no cabelo. Na sessão, ela já estava com os *dreads*.

Nestes quase oito meses de atendimento, não havia uma demanda de análise por parte de Sofia. Ela faltou muitas vezes aos seus atendimentos, ela chegava atrasada ou trocava os dias da semana dos seus atendimentos, algumas vezes me telefonou pedindo para que eu a “rememorasse” sobre o seu agendamento ou reagendasse, já que ela “esqueceu”. Também, em algumas ocasiões ela me pediu para que seus amigos ou sua prima frequentassem a sua sessão, justificando que queria compartilhar aquele momento com eles.

Como se deve perceber, o discurso de Sofia, que se auto apelidou como “Demo”, era desconectado e repleto de fantasias. O manejo clínico foi bastante difícil, pois a paciente não me permitia adentrar “em seu mundo”, alguns assuntos ela repetia sem parar, ao passo que outros, ela não autorizava que fossem anunciados. Quando eu lhe apontava esta contradição, ela dizia apenas que sua memória de curto prazo estava fortemente prejudicada pelo uso contínuo de maconha. Ela era muito verborrágica e pela relação contra transferencial eu a interpretava como uma criança, fixada em um momento pré-edípico, buscando satisfazer seus desejos pulsionais de forma absoluta, sem qualquer interdição do Supereu ou mesmo da cultura.

Vale dizer também que a desorganização psíquica da paciente era tamanha que transcendia ao seu discurso e com isso, fiz uma avaliação livre a partir da minha relação transferencial, o que está além do apresentado aqui em palavras e será exposto na seção a seguir.

Trata-se de uma história completamente diferente da de Olívia, pois agora não estamos falando de uma transferência neurótica na qual representações são depositadas na figura da terapeuta, mas de uma transferência maciça, por assim dizer, de conteúdos não representados, o que não favorece ou dificulta o vínculo; aqui consideramos todos os cuidados que devemos ter em relação a um diagnóstico, principalmente porque nesta dissertação não temos a intenção de fazer uma avaliação diagnóstica dos pacientes. Estamos fazendo esta consideração acerca da paciente exclusivamente para refletirmos acerca da pergunta de pesquisa, assunto que será abordado logo na sequência.

4.4 CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO SOFIA

Para construirmos este caso clínico devemos nos aproximar das contribuições teóricas de Ferenczi, no que tange ao atendimento de pacientes tidos como “difíceis”. Nasio (2011) afirma que ao nos depararmos com um sujeito que revela um sofrimento inconsciente exacerbado e intransponível à linguagem estamos falando de casos difíceis. Para Ferenczi (1931/2011) pacientes identificados como difíceis, como ‘casos limites’, são pacientes traumatizados que sofreram uma clivagem psíquica, ou seja, pacientes que sofreram um choque inesperado proveniente de uma experiência sentida como excessiva e desestruturante ao Eu, devido à interrupção da atividade psíquica. Esse Eu que foi dividido e não pôde assimilar a experiência excessiva, torna a repeti-la como tentativa de representação. No caso da paciente Sofia, não há como apresentar qual das experiências mencionadas por ela, reais ou fantasísticas, promoveram a interrupção da sua atividade psíquica.

O que podemos dizer apenas é que as situações identificadas por ela como “abuso sexual” pela empregada e o entretenimento do pai com a visão do “morto”, aos seus seis anos de idade, possivelmente agravaram a constituição psíquica do trauma, além dos episódios em que o pai batia na mãe e também nela mesma e além, claro, de todas as vicissitudes de ter um pai “bipolar”, alcoólatra e viciado em entorpecentes.

Para Ferenczi (1927/2011) a divergência de comunicação entre a criança e o adulto, traz implicações consideráveis para a constituição psíquica de um indivíduo. Ferenczi nomeia como ‘desmentido’ a mentira contada pelos adultos para as crianças sobre o que as violou isso faz com que a criança se sinta confusa e a situação traumática fique sem compreensão (neste caso, podemos citar o abuso e possivelmente tudo o que apontamos acima além do ‘entretenimento’ em ver um morto). A própria palavra da criança, ao invés de ser mediada, é

interditada pelo adulto e a criança sente uma enorme confusão, sentindo-se dividida entre os sentimentos de culpa ou inocência.

Somado a isso, quando a pessoa adulta (neste caso, a empregada doméstica e por que não, também seu pai e sua mãe) se comporta como se nada tivesse acontecido, a criança se sente ainda mais confusa, sem saber em quem confiar. Disso tudo lhe resta a culpa, a qual será manifestada pela criança contra ela mesma (por meio de comportamentos auto agressivos) e contra os demais (violência ao agressiva) (FERENCZI, 1932/2011).

Ao falarmos sobre o trauma ainda no período da infância, (relembrando, infância não como um período etário, mas como um momento específico da constituição psíquica) entendemos que há um período de latência anteriormente à aparição dos sintomas patológicos. Freud (1939/1996) diz que o trauma tem um efeito retardado (*après-coup*), pois há um intervalo entre o impacto de um acontecimento traumático e a manifestação sintomática. Usualmente este período acontece na irrupção da puberdade ou algum tempo depois, como já vimos sobre a adolescência.

Para a paciente Sofia, a manifestação sintomática pode ter sido evocada ao descobrir o ‘desmentido’, ou seja, quando reconheceu que o que havia acontecido com ela não se tratava de uma brincadeira, mas sim de uma violência, de uma mentira para seduzi-la, ou seja, foi o segundo tempo do trauma, pois foi apenas após a puberdade que a paciente pôde ter o entendimento do que havia acontecido em sua infância e a culpa ou os sentimentos antes confusos com relação ao acontecido agora ganharam algum significado. As demais experiências que viveu, como o rompimento de seu noivado, as constantes agressões físicas de seu pai, a negação por parte da sua mãe, a participação em assassinatos ou situações de extrema violência podem ter grande incidência.

Outra questão diz respeito a não ressignificação de todas essas experiências traumáticas devido ao ambiente desestruturado que a paciente vivia. Entendemos que caso a paciente fizesse parte de um ambiente familiar que lhe trouxesse confiança e afeto, muitas das experiências que viveu poderiam não ter tanta incidência desestruturadora em seu psiquismo, porém não foi isso que aconteceu. Ao contrário, acreditamos que o contexto familiar da paciente contribuiu para o seu sofrimento psíquico e para uma cisão psíquica que não proporcionasse a assimilação dessas experiências, senão de forma traumática.

Freud (1915b/2010) afirma que durante o processo de construção psíquica dos indivíduos, as inclinações para a bondade ou para a maldade sofrem a influência da educação e do meio ambiente. Por exemplo, em um ambiente acolhedor, que sofre as incidências da educação, as inclinações ruins sucumbem. No caso da paciente em tela, as suas manifestações

de agressividade também podem se dar devido aos ambientes em que convivia, sua residência e seu grupo de *Skinheads*, os quais frequentemente a expunham a situações de violência. Somado a isso, ela já não frequentava a escola há mais de dois anos, distanciando-a cada vez mais das regras sociais e dos limites impostos pela educação.

Conforme dito anteriormente, esses impulsos agressivos da paciente eram constantemente observados durante as sessões, sobre isso podemos dizer que por meio de suas pulsões a paciente visava sua satisfação, ignorando as regras sociais e invadindo o desejo do outro. Para ela, esfaquear ou ter relações sexuais com o namorado da sua prima, tinham a mesma proporção, o que importava era que pudesse fazer o que queria, na hora que queria, independentemente do princípio da realidade. Isso foi outro ponto que incidiu sobre o seu tratamento clínico, pois não era sempre que ela queria deixar de estar em eventos com seus amigos, para frequentar as sessões.

Entendemos também que muitos dos comportamentos da paciente, como por exemplo, sua tentativa de suicídio após o término do noivado deva ser visto como passagens ao ato. Esse termo já foi introduzido nesta dissertação, apenas para recordar, se trata de algo reconhecido pela psiquiatria, ou seja, da exposição de características sintomáticas do sujeito. A paciente após um sofrimento que lhe gera uma angústia insuportável, age como forma de não sucumbir a ele. Por não conseguir transpor em palavras o seu sofrimento mental e aprender a conviver melhor com a sua realidade, ela expõe seu sofrimento por meio das atuações. Vale ressaltar que as atuações que estamos mencionando em relação à paciente Sofia são bastante distintas das faladas sobre a paciente Olívia (mais especificamente, sobre sua gravidez), pois aqui os atos parecem expressar muito mais uma passagem ‘ao’ ato do que ‘pelo’ ato (ROUSSILLON, 2007), daí a simbolização parecer não se realizar e, consequentemente, nenhuma introjeção nem mudanças ocorrerem em suas atitudes nem em seu estado emocional, diferentemente de Olívia.

Outro ponto importante a ser falado sobre a paciente em questão é sua relação com seu pai, muitos dos seus comportamentos, como ‘ter crises’, ‘usar drogas’, ‘agredir’, nos dão a entender que há uma identificação por parte da paciente com seu pai, bem como uma identificação do Supereu da paciente com o Supereu de seu pai. Freud (1930/2010) aponta que a severidade com que o Supereu foi desenvolvido, na criança, reflete a severidade do tratamento que recebeu, isto é, o rigor da educação que a criança recebe impera grandemente na formação do Supereu infantil e consequentemente, na forma com que esse indivíduo, na vida adulta, enfrentará as leis e regras sociais. O Supereu é o representante das primeiras identificações do indivíduo, isto é, a introjeção da relação do sujeito com os seus pais. Neste

caso, o pai não faz a lei, ele não funciona como regulador do princípio do prazer, pois ele mesmo nega a castração da realidade.

Antes de concluirmos há outra questão que chamou a atenção, ela diz respeito ao medo de baratas da paciente Sofia. Entendemos que a fobia de baratas se trata de uma tentativa de vislumbrar a barata como um objeto fóbico da paciente, buscando estruturar algo desestruturado, todavia, se trata mais de um objeto fantasístico ou até mesmo alucinatório, pois a condição socioeconômica (classe média) e de moradia de Sofia não são condizentes a uma casa infestada por baratas e de uma pessoa que dorme no chão porque não tem camas disponíveis. Corroborando isso, há a solução mágica “da macumba” como resolução do problema.

Por fim, é importante dizer que neste caso a técnica psicanalítica tal como proposta por Freud e seguida por mim não demonstrou ser efetiva para a paciente, retificando o apresentado por Ferenczi (1931/2011) acerca de um manejo clínico específico com pacientes difíceis. O caso da paciente Sofia se estagnou, ela não apresentava reações terapêuticas positivas diante dos esforços interpretativos da analista, ao contrário de Olívia, o que culminou no seu abandono, mesmo ainda necessitando de continuidade.

Sobre a pergunta de pesquisa dessa dissertação, podemos dizer que neste caso a violência ou (as violências) sofridas pela paciente, somada a não representação, sucumbiram à sua perturbação psíquica e à cisão do seu psiquismo, se constituindo como um trauma não elaborado simbolicamente. A seguir, serão apresentadas as considerações finais desta dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de toda a construção teórica que apresentamos, bem como da discussão dos casos clínicos expostos, consideramos que agora possamos responder à pergunta de pesquisa dessa dissertação, que era: quando a violência é um trauma psíquico?

Como primeira conclusão podemos dizer que não há uma resposta única para esta indagação, cada sujeito poderá transformar a experiência de violência que viveu como um trauma psíquico a partir de diversos fatores, citados a seguir. De antemão podemos dizer que as experiências de violência sempre exigem do sujeito uma resposta (dentre elas, a constituição de um trauma psíquico), pois introduz ao aparelho psíquico uma excitação inesperada que causa um desequilíbrio interno e devido à constituição psíquica do sujeito (regida pelo princípio do prazer, que visa um escoamento de todo excesso) essa excitação inesperada deverá ser descarregada para que o aparelho psíquico retorne ao seu estado de homeostase. No entanto, esse escoamento de energia, ou tentativa de escoamento, pode se realizar de algumas formas que podem proporcionar certo retorno ao equilíbrio ou se constituir em diferentes formações traumáticas, sendo elas:

a) se a violência puder ser simbolizada ou representada mentalmente sem que ameace em excesso o psiquismo, ela poderá ser *ab-reagida* por intermédio de ações como, por exemplo, a atividade motora;

b) se a violência representar uma ameaça excessiva ao psiquismo, seu conteúdo não poderá permanecer consciente e poderá ser recalcado, produzindo assim formações inconscientes, tais como: sintomas, atos falhos, chistes e sonhos. São essas formações típicas das neuroses que fazem uma solução de compromisso entre o que ameaça e o que protege o psiquismo, daí essas formações geralmente se expressarem como deformações do conteúdo original ameaçador;

c) se a violência que não puder ser simbolizada nem representada psiquicamente para o sujeito, pois a excitação traz um excesso tão devastador que seu significado tem um caráter mortífero, assim a marca mnêmica ocorre, mas seu conteúdo não pôde ser recalcado e fica clivado, ou seja, a violência é tão excessiva que não pode participar da vida psíquica do sujeito, ficando seu registro separado do psiquismo como um núcleo estrangeiro, agressor para o eu, uma energia não ligada a nenhuma representação. A sua descarga fica impossibilitada pelas formações sintomáticas porque não há produções simbólicas do trauma neurótico. O traço mnêmico desse trauma violento não pode ser *ab-reagido* por intermédio das descargas motoras ou formações inconscientes, como os sintomas, ficando à mercê de

pulsões não ligadas, ou seja, manifestações da pulsão de morte: passagens ao ato, compulsões, terrores noturnos, cisões com a realidade, etc. Constituem o que Freud (1920) nomeia como neuroses traumáticas.

O indivíduo que for violentado, como no caso clínico Sofia, e não puder representar ou simbolizar a situação que viveu ou fantasiou devido a lhe ser algo não assimilável psiquicamente, pode responder traumáticamente à violência, sofrendo com as manifestações mortíferas comuns aos sujeitos traumatizados: automutilações, passagens ao ato, dissociações com a realidade e terrores noturnos. É importante destacar que mesmo se tratando de algo tão subjetivo ao sujeito, há manifestações (como as citadas acima) que são comuns entre indivíduos traumatizados e são esses aspectos que devem ser levados em conta pelos profissionais que elaboram manuais e demais instrumentos que indicam o melhor atendimento para pessoas violentadas.

Retomando o caso clínico da paciente Sofia, devido ao ambiente desestruturado em que viveu ela não teve a possibilidade de simbolizar as inúmeras situações traumáticas que vivenciou desde a infância, configurando um acúmulo traumático que não encontrou possibilidade de ressignificação no trabalho terapêutico. Aqui um aprofundamento da melancolia como conceito operante da pulsão de morte seria relevante na continuidade desta pesquisa e compreensão das reações terapêuticas negativas típicas de quadros traumáticos.

Já em relação à Olívia, a temporalidade representacional do segundo tempo traumático – o abandono da mãe com a iminência da viagem ao Japão – possivelmente ressignificou o primeiro tempo após um período de latência – um desamparo mais arcaico que não tivemos acesso. Não pôde ser realizada uma elaboração dessa ressignificação em seu trabalho terapêutico, contudo, a possibilidade de um vínculo mais positivo com a terapeuta e o contato com um *setting* não valorativo que lhe proporcionava livre representação verbal de sua agressividade, parece ter-lhe favorecido, por intermédio de uma passagem ‘pelo’ ato algum contato com o materno ameaçador do primeiro tempo. Aqui também um aprofundamento teórico do manejo clínico em neuroses de angústia seria importante na continuidade deste estudo.

Tanto Olívia quanto Sofia experienciaram situações tidas como violentas sob o ponto de vista social, ambas não procuraram auxílio ou atendimento psicológico, mas sim foram indicadas para atendimento psicológico devido apresentarem em outros contextos, como por exemplo, a escola, comportamentos disruptivos e de autoagressão. É importante dizer que nos encaminhamentos feitos por escrito pelo Conselho Tutelar para psicoterapia a descrição da violência que “justificava” o encaminhamento para atendimento psicológico e a participação

nessa pesquisa em nenhum dos casos jamais foi expressa pelas próprias adolescentes como situações que trouxessem sofrimento ou dos quais necessitassem “falar sobre”, isso novamente nos remete ao individual, pois o que foi tido como violento para os Conselheiros Tutelares foi divergente do que as próprias adolescentes interpretaram como violência. Existe o fato do desconhecimento por parte dos Conselheiros de algumas experiências vividas pelas adolescentes, porém mesmo assim, devemos ponderar que assim como o que tido como traumático para um sujeito pode não ser para outro, o que é violência para um pode não ser para outro. O ideal seria sempre considerarmos a violência socialmente posta, a partir do olhar de quem a está sofrendo.

O Conselho Tutelar, enquanto órgão de proteção à criança e ao adolescente, bem como as leis socialmente instituídas, tem importante papel na identificação do que é comum à violência e em evitar que as experiências de violência se perpetuem. Ao evidenciarem o sofrimento das crianças e dos adolescentes e buscarem soluções para a superação desses sofrimentos, estarão contribuindo para que a violência seja superada e que a marca inconsciente, mesmo presente, não paralise o sujeito e ele aprenda a viver com ela. Para isso, acreditamos no papel da psicanálise, ou seja, por meio do encontro de um sujeito (analista) com outro (paciente) possam encontrar recursos de paz para embates violentos, isto é, através do tratamento analítico é possível que o indivíduo simbolize o que lhe trouxe sofrimento e com isso, são ofertadas oportunidades para que o sujeito enfrente o que considerar ser o seu trauma.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Nicolas; TORÖK, Maria. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Editora Escuta, 1995. 439 p.

ALMEIDA-PRADO, Maria do Carmo; FERES-CARNEIRO, Terezinha. Abuso sexual e traumatismo psíquico. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 11-34, dez. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S14139072005000200002&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 14 dez. 2011.

ANDRE, Jacques. O acontecimento e a temporalidade. O *après-coup* no tratamento. **Psicanálise e cultura**. São Paulo, v. 31, n. 47, p. 139-167, 2008.

AZAMBUJA, Maria Regina *et al.* **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 392 p.

BIRMAN, Joel. Freud e Ferenczi: confrontos, continuidades e impasses. In: KATZ, C. S. (Org.). **Ferenczi: História, Teoria, Técnica**. São Paulo: Ed. 34, 1996. p. 65-90.

BIRMAN, Joel. Sobre o mal-estar na modernidade. In: _____. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Ed. 34, 1997. p. 9-13.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893-1895). Estudos sobre a histeria: Breuer e Freud. In: BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro, Imago, 1990, p.15 - 297.

CAVALLARI, Celi Denise. **O impacto da comunicação do diagnóstico HIV positivo: a ruptura de campo diante da soropositividade**. São Paulo, 1997. 206 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 87 p.

COSTA, Jurandir Freire. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 189 p.

COUTINHO, Luciana Gageiro. Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 44-55, 2006.

CREMASCO, Maria Virgínia Filomena. Violência e resiliência: Enfrentamento do traumático na clínica psicanalítica. **Lat.-Am. Journal of Fund.Psychopath. Online**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 222-240, nov. 2008.

CYRULNIK, Boris. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 216 p.

DANTAS, Nara Maria. **Adolescência e psicanálise: uma possibilidade teórica**. Recife - PE, 2002. 56 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica de Pernambuco.

DUGARD, Jaycee. **Vida roubada**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2011. 303 p.

FAGUNDES, José Otávio. A psicanálise diante da violência. In: SANDLER, Paulo César. **Leituras Psicanalíticas da Violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 21-40.

FAVERO, Ana Beatriz. **A noção de trauma em psicanálise**. Rio de Janeiro, 2009. 207 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

FRAGOSO, Margaux. **Tigre, tigre**. Rio de Janeiro, Rocco, 2011. 350 p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Construção do Caso Clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latino-Am. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86. 2004.

FERENCZI, Sándor. (1927). A adaptação da família a criança. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise IV**. Tradução de Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martin Fontes, 2011, p. 1-17.

_____. (1929). Princípio do relaxamento e neocatarse. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução de Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martin Fontes, 2011, p. 61-78.

_____. (1931). Análise de crianças com adultos. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução de Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martin Fontes, 2011, p. 79-98.

_____. (1932). Confusão de língua entre os adultos e a criança. *In*: _____. **Psicanálise IV**. Tradução de Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martin Fontes, 2011, p. 111-121.

_____. (1934). Reflexões sobre o trauma. *In*: _____. **Psicanálise IV**. Tradução de Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martin Fontes, 2011, p. 125-136.

FREUD, Sigmund. (1886[1956]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 39-53.

_____. (1886). Prefácio à tradução das Conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 57-60.

_____. (1893b). Charcot. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1987, p. 19-31.

_____. (1896a). A etiologia da histeria. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 189-220.

_____. (1905). Três ensaios sobre a sexualidade. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 6. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-60.

_____. (1906). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1989, p. 254-263.

_____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-154.

_____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 147-159.

_____. (1913-1914). Totem e tabu. *In*: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 17-194.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 83-119.

_____. (1915a). Os instintos e seus destinos. *In:* _____. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos.** v. 12. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 51-81.

_____. (1915b). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. *In:* _____. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos.** v. 12. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 209-246.

_____. (1917a). Conferência XVII – Fixação em traumas: o inconsciente. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 281-292.

_____. (1917b). Conferência XXI – O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 325-342.

_____. (1919). Introdução à psicanálise das neuroses de guerra. *In:* _____. **História de uma neurose infantil – “O homem dos lobos” –, além do princípio do prazer e outros textos.** v. 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 382-388.

_____. (1920a). Além do princípio do prazer. *In:* _____. **História de uma neurose infantil – “O homem dos lobos” –, além do princípio do prazer e outros textos.** v. 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 161-239.

_____. (1920b). A psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 183-212.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 78-154.

_____. (1923). O Ego e o Id. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.** v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 13-89.

_____. (1926). Inibição, sintoma e ansiedade. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 107-201.

_____. (1927). O Futuro de uma Ilusão. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 13-71.

_____ (1930). O mal-estar na civilização. *In:* _____. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. v. 18. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 13-123.

_____ (1932). Por que a guerra? *In:* _____. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. v. 18. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 417-435.

_____. (1939). Moisés e o monoteísmo. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 29-66.

_____. (1940-1941). Esboços para comunicação preliminar de 1893. *In:* _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 213-222.

_____. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Editado por Jeffrey Moussaieff Masson. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. 503 p.

GOMES, Gilberto. Os dois conceitos freudianos de *Trieb*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 17, n. 3, p. 249-255, set. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300007&script=sci_arttext. Acesso em 22 de setembro de 2011.

GUIMARÃES, Roberto M.; BENTO, Victor Eduardo S. O método do estudo de caso em psicanálise. **PSICO**, Porto Alegre, v. 39, n.1, p. 91-99, jan/mar. 2008.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT: Comentadas para trabalhos científicos**. 4. ed. Curitiba: Juruá, 2011, 98 p.

INSTITUO SANGARI. Júlio Jacobo Waiselfisz. **Mapa da Violência 2011 – os jovens do Brasil**. São Paulo; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

INSTITUTO PROMUNDO. Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a infância. **Cuidar sem violência todo mundo pode: guia prático para famílias e comunidades.** Rio de Janeiro, 2003.

LEITTE, Ruth M. C. **Glossário com termos psicanalíticos.** Net, Campinas, set. 1979. Disponível em: <<http://www.oocities.org/spaprado/glossariofreud.html>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

LEVISKY, David Léo. Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e suas relações com a violência. *In*. _____. **Adolescentes e violência.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2000. p. 19-34.

LIMA, Patrícia dos Santos Lages Prata. **O abuso sexual infantil à luz da transmissão psíquico-geracional.** Florianópolis, 2011. 79 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

MARIN, Isabel da Silva Kahn. Sofrimento e violência na contemporaneidade: destinos subjetivos. *In*: SANDLER, Paulo César. **Leituras Psicanalíticas da Violência.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 75-85.

MOURA, Ana; NIKOS, Isac. Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v.13-14, n. 140-141, p. 69-76, 2001.

NASIO, Juan-David. **Como agir com um adolescente difícil? : um livro para pais e profissionais.** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

NUNES, Tiago R.; FERREIRA, Renata W. G.; PERES, Wesley G. A suspeita em Freud: o estatuto da interpretação em psicanálise. **PSICO**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 443-448, out/dez. 2009.

OLÍMPIO, Eliana. Automutilação: forma dolorosa de falar. **Psicologia e Juventude**, Minas Gerais, 17 de jul. 2011. Disponível em: <<http://psicologiaejuventude.blogspot.com.br/2011/07/automutilacao-forma-dolorosa-de-falar.html>>. Acesso em 18 de jan. 2013.

OLIVEIRA, Mariana S. B. Os conceitos das estruturas clínicas neurose e psicose para a psicanálise. **Revista científica do HCE**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 115-122. 2008.

Disponível em www.hce.eb.mil.br/rev/rev2008/conceitodasestruturas.pdf. Acesso em 14 dez. 2011.

PEIXOTO, Andréa Maria; PEIXOTO, Betânia. **Manual de Avaliação de Programas de Prevenção à Violência**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2010. 119 p.

RASSIAL, Jean-Jacques. **O adolescente e o psicanalista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 213 p.

ROUSSILLON, René. **Manuel de Psychologie et de Psychopathologie clinique générale**. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2007. 702 p.

RUDGE, Ana Maria. **Trauma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009, 76 p.

SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de Souza. **Violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, 161p.

WINNICOTT, Donald Woods. (1987). **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 322 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Saúde**. Tradução de Climepsi Editores. Lisboa: CLIMEPSI, 2002. 205 p.

ANEXO A – TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO

Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução CNS 196/96

Assentimento informado para participação em pesquisa

Nome da cça/adolescente _____

Meu nome é Roberta, eu sou psicóloga e o meu trabalho é conversar com crianças e adolescentes sobre os seus sentimentos, pensamentos e as situações de sua vida que considerem importantes. Nesse momento, eu e a outra psicóloga, chamada Maria Virgínia, estamos fazendo um estudo sobre as relações das crianças e dos adolescentes com adultos, nas quais tenha ocorrido situações consideradas como violentas. Com essa pesquisa nós pretendemos descobrir quais os efeitos dessas situações em crianças e adolescentes e para isso, precisamos da sua autorização. Já foi pedida a autorização dos seus pais ou das pessoas responsáveis por você e eles sabem que também estamos pedindo o seu acordo. Você pode recusar participar do estudo ou desistir de participar a qualquer momento, sem se prejudicar e sem sofrer qualquer consequência, mesmo que os seus pais ou responsáveis considerem que seria importante a sua participação.

Você pode discutir qualquer coisa deste documento com seus pais, amigos ou com quem você se sentir à vontade para conversar. Não é preciso decidir imediatamente se você quer participar ou não desta pesquisa. Você pode decidir depois de ter conversado com outras pessoas. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente porque você ficou em dúvida, ou mais interessado ou mesmo preocupado, então, por favor a qualquer momento, você pode pedir para que eu pare de ler e que lhe explique melhor.

Para que a pesquisa ocorra você deverá frequentar, uma vez por semana, os atendimentos clínicos. Esses atendimentos serão no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná – CPA / UFPR. O endereço do CPA é Praça Santos Andrade, 50, 1º andar – sala 112, Centro, Curitiba – Paraná e o telefone de lá é 3310-2614.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Nós gostaríamos de te contar que, além de você, mais algumas crianças ou adolescentes serão convidados, participarão do estudo até 10 pessoas. E o prazo previsto para o término dos atendimentos é Julho de 2012. Quando essa data chegar, você poderá ser encaminhando para continuar os atendimentos em outra clínica ou mesmo, continuar na Universidade Federal do Paraná, mas com outras psicólogas. Nessa ocasião, você e os seus pais ou responsáveis também poderão pedir para que você continue em atendimento.

A sua participação nessa pesquisa se dará exclusivamente por frequentar os atendimentos psicológicos. Nesses atendimentos, nós gostaríamos que você nos contasse o que considerar importante e se preferir, poderá pedir para que também façamos algumas brincadeiras com jogos ou desenhos, por exemplo.

Pode ser que após nossos encontros você sinta alguma diferença nos seus sentimentos porque nós iremos falar sobre suas questões particulares. Isso é previsto e esperado e se isso acontecer com você, sinta-se à vontade para nos contar. Os nossos encontros serão uma oportunidade para que você tenha um espaço só seu para falar de suas preocupações, de suas alegrias e de seus sofrimentos e uma oportunidade para que possamos juntos compreender o que está acontecendo com você e buscarmos novas escolhas e talvez, superações para os seus problemas. Caso você queira falar conosco sobre isso, nos dias diferentes aos do seu atendimento, poderá nos telefonar, por meio do número de telefone do CPA.

Caso você queira falar com a psicóloga Roberta você poderá telefonar, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20hrs, para o número do CPA e deixar um recado com a Lorena ou com o Salvador e o mais rápido possível, ela retornará a sua ligação. Se você quiser conversar com a orientadora da pesquisa, a psicóloga Maria Virgínia, você também poderá telefonar para o CPA e deixar um recado explicando que deseja falar com a Maria Virgínia e ela te telefonará.

Você deverá decidir, junto com os seus pais ou com a pessoa responsável por você, de que maneira você se dirigirá para os atendimentos e na companhia de quem. Nas sessões você ficará apenas com a psicóloga Roberta, mas se você considerar importante você poderá pedir para que mais alguém participe. Se os seus pais ou responsáveis pedirem para conversarem conosco, nós permitiremos, porém, nesses casos, você será sempre informado.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Você não pagará nada para participar da pesquisa e também não receberá qualquer incentivo financeiro. A sua participação é voluntária.

Nós não falaremos para outras pessoas que você está nessa pesquisa e também não compartilharemos informações sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. Todos os seus dados (nome, endereço, telefone, etc.) serão mantidos em segredo. O seu nome será substituído por um código e só os pesquisadores saberão qual é o seu código. No final do estudo, você e os seus pais ou responsáveis serão esclarecidos sobre os resultados da pesquisa.

= DECLARAÇÃO DO ASSENTIMENTO =

Eu, _____, entendi a proposta deste estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou não os atendimentos e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão e sem nenhum prejuízo para mim. Entendi as informações aqui colocadas, pude fazer perguntas e minhas perguntas foram respondidas. Eu concordo que as informações coletadas sejam usadas para a realização da pesquisa. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de Assentimento Informado.

Assinatura da criança / adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Curitiba, _____ de _____.

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução CNS 196/96

Você está sendo convidado a autorizar seu (sua) filho (a) ou a criança / adolescente por quem você é responsável a participar de um estudo intitulado “O trauma traumatiza? Contribuições da psicanálise para crianças e para adolescentes violentados”. O objetivo da pesquisa é analisar os possíveis efeitos psicológicos da violência, em crianças e adolescentes. Destacamos que, é por meio das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, dessa forma, a sua permissão para a participação de seu (sua) filho (a) ou da criança / adolescente por quem você é responsável, é fundamental.

Caso você aceite que seu (sua) filho (a) ou a criança / adolescente por quem você é responsável participe da pesquisa, será necessário que você permita que ele (ela) frequente os atendimentos psicológicos clínicos, com a psicóloga Roberta Hofius - CRP 08/13123, no Centro de Psicologia Aplicada, da Universidade Federal do Paraná (CPA). O CPA está localizado na Praça Santos Andrade, nº. 50, 1º andar, Centro, Curitiba – PR.

Para tanto, a criança ou o adolescente que está sob sua responsabilidade deverá ter recebido atendimento no Conselho Tutelar de Curitiba, deverá necessitar de intervenção psicológica e comparecer, semanalmente, aos atendimentos psicológicos. O horário do atendimento será definido conforme a sua disponibilidade e a da profissional que prestará o serviço, Roberta Hofius (CRP 08/13123). As sessões terão duração de aproximadamente 50 minutos e o prazo previsto para o término dos atendimentos é Julho de 2012. Caso a psicóloga Roberta, em conjunto com você e com o seu (sua) filho (a) ou criança / adolescente por quem você é responsável, avalie que há necessidade do infante continuar em atendimento após o tempo pré-definido, ele será encaminhado para uma clínica das demais Universidades ou poderá permanecer em atendimento no CPA da UFPR, todavia recebendo atendimento de outras psicólogas.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Você decidirá se criança ou o adolescente irá sozinho para o atendimento ou se estará na companhia de alguém. Nas sessões, preferencialmente, ele (ela) deverá estar desacompanhado (a), mas havendo necessidade você poderá solicitar a sua participação.

Caso você queira conversar por telefone com a pesquisadora responsável ou com a orientadora da pesquisa, a Profa. Maria Virgínia Cremasco (Psicóloga, CRP 08/1600), você poderá telefonar, de segunda à sexta-feira, das 08h às 20h, para o CPA da UFPR, cujo telefone é 3310-2614. Você deverá deixar um recado com o Salvador ou com a Lorena e o mais breve possível, retornaremos a sua ligação. Nós levaremos em consideração o seu pedido acerca do profissional com quem você deseje falar.

Ressaltamos que, como em qualquer tratamento psicoterápico, o seu familiar poderá apresentar algumas alterações emocionais, tais como: alegria, raiva, tristeza, agitação, entre outras. Afirmamos que essas alterações são esperadas e previsíveis e que, ao se falar sobre elas, algumas melhorias podem, inclusive, ser possíveis, dentre elas: superação de situações conflituosas e diminuição de sofrimento. No entanto, se você observar alguma alteração negativa ou tiver a necessidade de relatar alguma alteração, você poderá entrar em contato conosco por meio do telefone do CPA.

A sua autorização de participação de seu (sua) filho (a) ou a criança / adolescente por quem você é responsável, neste estudo é voluntária. Se você decidir depois de ter autorizado, que ele (ela) não deva mais participar, você pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela autorização.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros do Comitê de Ética, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Em todos esses registros um código substituirá o nome da criança ou do adolescente por quem você está sendo o responsável. Nenhuma identidade será revelada em qualquer circunstância.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

= DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO =

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual meu (minha) filho (a) ou criança/adolescente que está sob minha responsabilidade foi convidado (a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação da pessoa que está sob minha responsabilidade no estudo, a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu entendi que não terá gratificação e nenhum incentivo financeiro. Eu concordo voluntariamente que meu (minha) filho (a) ou criança/adolescente que está sob minha responsabilidade participe deste estudo.

(Assinatura do genitor e/ou responsável legal)

(Assinatura do pesquisador)

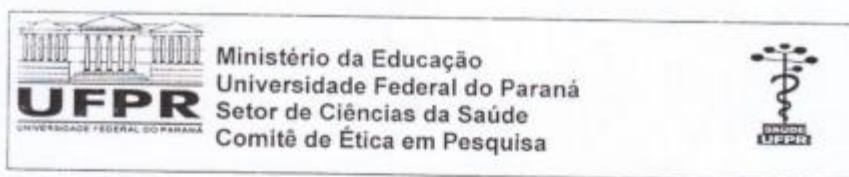
Curitiba, _____.

Identificação do Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 30 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Maria Virginia Filomena Cremasco
Roberta Hofius

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "O trauma traumatiza? Contribuições da psicanálise para crianças e para adolescentes violentados" está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 06 de julho de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 21 de setembro de 2011.

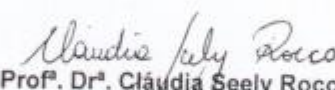
Registro CEP/SD: 1166.091.11.06

CAAE: 0091.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial e/ou de conclusão: 1º/04/2012.

Atenciosamente


Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br